

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 18 juillet 1895, à 1 heure

PAR

Paul LEGRAS DE GRANDCOURT

NÉ AUX BROUZILS (VENDÉE), LE 22 FÉVRIER 1869

ÉTUDE ET DIAGNOSTIC

DES

FAUSSES CYSTITES

Président : M. LE DENTU, *professeur.*

Juges : MM. { BERGER, *professeur.*
SCHWARTZ ET MÉNÉTRIER, *agrégés.*

PARIS

G. STEINHÉIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

121

PALESTINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

434

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 18 juillet 1895, à 1 heure

PAR

Paul LEGRAS DE GRANDCOURT

NÉ AUX BROUZILS (VENDÉE), LE 22 FÉVRIER 1869

ÉTUDE ET DIAGNOSTIC

DES

FAUSSES CYSTITES

President : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : MM. { BERGER, professeur.
 { SCHWARTZ ET MÉNÉTRIER, agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
Clinique médicale	{ G. SEE.
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET	MARFAN.	RETTERRER.
ANDRE.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	GLEY.	NELATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE	JALAGUIER.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	travaux anatomiques	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	WEISS.
DEJERINE.			

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage d'affection et de reconnaissance

A MES FRÈRES ET SŒUR

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LE DENTU

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien de l'Hôpital Necker

Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MONSIEUR GAUCHER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital St-Antoine

A MONSIEUR POLAILLON

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la légion d'Honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553811_0030

CHAPITRE PREMIER

Définition et délimitation du sujet

Nous voulons entendre par *fausse cystite*, toute affection dont l'ensemble des symptômes pourrait faire conclure à l'existence d'une cystite, la vessie restant saine.

Dans beaucoup de cas étudiés plus loin, et que notre argumentation a mis en relief, la vessie peut présenter quelques altérations spéciales (congestion légère, hypérestésie, etc.) ; mais il y a loin de là aux lésions nettement inflammatoires et purulentes de la cystite.

Cette affection présente tant de formes absolument différentes, les unes cédant facilement au traitement intra-vésical, les autres lui restant complètement rebelles, les autres enfin disparaissant comme par enchantement au traitement chirurgical d'une affection de voisinage, la cystite, disions-nous, présente tant de formes, qu'il est permis de se demander si à côté de ces formes classiques et nettement constatées, il n'y a point place pour des cas moins étudiés et plus incertains, qui ne seraient que des cystites simulées.

Autrement dit, et c'est là ce que nous nous efforcerons de démontrer : les lésions des organes génito-urinaires en général, peuvent concourir et se surajouter de telle

sorte que les signes pathognomoniques de la cystite peuvent surgir en dehors de toute altération vésicale.

L'importance d'un diagnostic, dans ces cas louches, est de toute évidence, car il importera de localiser le traitement sur les organes lésés, en épargnant à ceux qui ne le sont pas des soins pernicieux.

La question a déjà été mise en avant plusieurs fois, et nous n'avons certes pas la prétention d'aborder un sujet absolument nouveau, mais elle n'a été envisagée que par des côtés spéciaux et isolés, et nous ne croyons pas qu'elle ait déjà été exposée d'une façon générale. Pour les uns, c'est la névralgie vésicale, pour d'autres, c'est l'irritabilité de la vessie, etc. Dans cette étude nous nous rapprochons davantage de la cystite vraie.

Dans la cystalgie, par exemple les symptômes douleurs et fréquence de la miction existent bien, mais la présence du pus fait défaut. Ce serait donc là un point de différenciation entre la cystite et la cystalgie.

Dans certaines affections rénales, et le fait a été observé dès longtemps par Morgagni, la douleur se localise très nettement sur la vessie, et pourtant celle-ci est intacte.

On trouve de même dans les affections de l'urèthre des envies fréquentes d'uriner jointes à la douleur, même du pus dans l'urine, et pourtant là encore la vessie peut être exempte de lésions.

Les observations de cette nature sont extrêmement nombreuses et nous ne saurions ici les passer en revue sous peine d'empiéter sur les chapitres qui suivront, et ou nous nous proposons de les étudier plus complètement.

L'histoire de ces diverses affections mises en rappro-

chement avec la cystite est encore bien mal délimitée, et nécessiterait un cadre beaucoup plus étendu que le nôtre.

Nous voulons surtout nous efforcer d'appuyer nos remarques sur des faits où tous les symptômes de cystite entreront en jeu.

Nos observations ont été puisées à des sources très différentes, et c'est à peine si nous rapportons dans cette étude deux ou trois observations inédites ; toutes appartiennent à des cliniciens compétents dont l'autorité et l'expérience, en ce qui concerne l'affection des voies urinaires, ne sauraient être mises en doute. Ceci donnera du poids à nos arguments, car on ne pourra nous objecter que malgré nous, dans le cours de cette discussion, nous nous soyons laissés aller à grossir les faits jusqu'à l'exagération. L'extension du sujet est telle, qu'il nous eût été d'ailleurs impossible d'étayer notre travail sur notre observation personnelle. Nous avons pris des faits, nous en avons discuté certains détails, et nous en avons tiré des conclusions.

Là se borne notre travail.

Quelle en sera la portée ? Nous n'en saurions être juges nous-mêmes, mais nous considérerons notre but comme atteint si nous pouvons contribuer pour notre petite part à détruire une tendance malheureusement trop générale : d'agir sur la vessie au moindre signe de cystite, sans en chercher à en déterminer et à en tuer la cause.

Nous tenons à remercier notre savant et excellent ami le Docteur Guépin, qui nous a donné l'idée de ce travail et qui nous a aidé de ses précieux conseils. Qu'il veuille bien en accepter l'expression de notre gratitude.

Il convient tout d'abord, avant d'entamer la question

des fausses cystites, de délimiter notre champ d'études, et de définir nettement ce qu'on entend par cystite :

1° Au point de vue anatomo-pathologique.

2° Au point de vue clinique.

Anatomie pathologique. — L'altération propre à la cystite siège en général sur la muqueuse, et le plus souvent elle ne siège que là ; c'est donc une inflammation très superficielle, puisque la muqueuse ne prend que la cinquième partie environ de l'épaisseur totale de la vessie, le reste étant constitué par les faisceaux musculaires croisés et réunis entre eux par des lames de tissu conjonctif. Cette dernière partie musculaire et conjonctive de la vessie, peut cependant être attaquée aussi, et ce sont ces différents sièges de lésions qui ont fait diviser les cystites par M. Guyon en cystite proprement dite ou muqueuse, en cystite interstitielle, et quand l'affection dépasse la couche musculaire en péricystite.

Nous empruntons aux cliniques du professeur Guyon les détails d'anatomie pathologique qui vont suivre. Les vaisseaux artériels et veineux sont extrêmement nombreux et les capillaires en nombre infini dans l'épaisseur de la muqueuse. Ces vaisseaux convergent vers le col et vont probablement se jeter dans les veines du plexus de Santorini. Les vésicules sont assez superficielles pour être quelquefois vues sans le secours d'aucune préparation, dans les vessies atteintes de cystite chronique. La région du trigône est donc spécialement vascularisée et il en est de même du pourtour des orifices qui débouchent à son niveau. Ici la démonstration est d'ordre pathologique ; c'est l'étude de la cystite, aussi bien dans sa forme aiguë que dans l'état chronique, qui montre que la rougeur

prédomine toujours au niveau du trigône de même qu'au niveau de l'orifice des uretères et souvent de l'ouverture interne de l'urèthre. Nous devons de suite retenir cette notion ; elle ajoute à la localisation principale de l'inflammation de la vessie dans sa muqueuse, celle d'un degré particulièrement vif, dans les régions qui avoisinent l'entrée de ses voies de communication avec les reins et l'urèthre et au niveau même du col.

Si à ces premières notions anatomo-pathologiques nous ajoutons celle que l'étude attentive de la clinique nous a toujours révélée, à savoir la coïncidence constante de l'uréthrite postérieure et de la cystite, nous comprendrons que les phénomènes caractéristiques de cette inflammation soient particulièrement accentués au niveau même de l'entrée dans la vessie. On fait sans doute plus souvent qu'il ne conviendrait le diagnostic de *cystite du col*, mais nous voyons cependant qu'aussi bien au point de vue du diagnostic que du traitement, il y a lieu de tenir le plus grand compte de cette localisation principale et qu'il ne faut pas oublier qu'en réalité il y a des uréthrocystites et non pas seulement des cystites. L'inflammation s'étend plus ou moins, mais elle n'abandonne pas pour cela l'urèthre prostatique, ni l'entrée de la vessie ; c'est une preuve ajoutée à toutes celles qui démontrent que l'urèthre profond doit à tous les points de vue être distingué de l'urèthre antérieur. L'un est vésical, et l'autre pénien.

Cystite aigüe. — Les vaisseaux de la muqueuse sont injectés et lui donnent une rougeur générale qui prédomine toujours au niveau du basfond et du trigône. Quand la cystite passe à l'état chronique, ces points conservent toujours une prédominance dans les altérations que subit

le tissu de la muqueuse. De plus la muqueuse présente des points d'hémorrhagies qui forment plaques.

A cette première période, les urines sont transparentes, légèrement floconneuses au repos, sans albumine et sans éléments figurés au microscope.

Plus tard les cellules épithéliales de la vessie se gonflent, présentent une multiplication de leurs noyaux et tombent dans la cavité vésicale ainsi que les leucocytes sortis des vaisseaux et les éléments embryonnaires de la muqueuse devenus libres.

On trouve alors une urine qui d'emblée laisse déposer une couche blanchâtre formée de muco-pus.

Outre ces lésions, Messieurs Cornil et Ranvier ont décrit la formation de vésicules saillantes siégeant au niveau du trigône ou autour du col vésical qu'elles entourent à la façon d'une couronne.

Là peuvent s'arrêter les lésions de la cystite aiguë, quant celle-ci marche vers la guérison, mais les dégâts peuvent attaquer l'organe plus profondément et donner lieu à des altérations persistantes.

M. Siredey a observé un amincissement de la couche musculieuse avec infiltration œdémateuse et leucocytaire du tissu conjonctif. Monsieur Clado de son côté a constaté l'absence sur plusieurs points de l'épithélium, modifié ou épaissi sur d'autres points avec engorgement des vaisseaux.

Ces diverses lésions sont ainsi résumées par M. le Professeur Guyon :

1^o Congestion interne de la muqueuse vésicale. Boursofflement de cette membrane ;

2^o Prolifération et division des noyaux cellulaires,

détachement des cellules, diapédèse de globules blancs ;

3° Infiltration embryonnaire de la musculuse et de la muqueuse. Épaississement de toute la paroi de la vessie. Accumulation des leucocytes. Chute partielle de l'épithélium. Formation de petits abcès vésiculeux superficiels et évacuation du contenu dans la cavité vésicale, d'où petites exulcérations.

Cystite chronique. — La plupart des lésions de la cystite aiguë se retrouvent quand elle est à l'état chronique. On trouve à l'ouverture de la vessie un mélange d'urine altérée et de pus, que contient une muqueuse de couleur grisâtre et d'odeur fortement ammoniacale. Comme dans toutes les affections de la vessie, les deux régions les plus altérées sont d'abord le trigone, puis le bas-fond. La muqueuse présente une coloration légèrement et uniformément grise et est parsemée de plaques noirâtres qui sont dues à des suffusions sanguines sous-muqueuses. En raison de leur vascularisation considérable, les orifices des uretères et le pourtour de l'orifice interne de l'urèthre ou col de la vessie, sont le siège d'une congestion et d'altérations prédominantes. La membrane du trigone est ramollie et profondément attaquée. La muqueuse boursouflée par endroits est peu adhérente et se laisse facilement décoller. C'est là probablement la conséquence d'abcès de volume variable qui se forment sous la muqueuse ou dans l'épaisseur même de la couche musculuse.

Symptomatologie. — Ces principes d'anatomie pathologique étant établis, étudions maintenant les symptômes de la cystite.

On peut les résumer à trois principaux, qui sont considérés comme pathognomoniques de la cystite vraie. Ce sont :

la fréquence des mictions, la douleur, la présence du pus dans l'urine.

Étudions d'abord chacun de ces trois symptômes, qui n'ont aucune valeur s'ils sont observés séparément, mais qui associés sont un indice certain de cystite.

Nous essaierons ensuite de réfuter la valeur de cette opinion, ou tout au moins de prouver qu'elle n'est pas constante.

La fréquence des mictions s'observe à des degrés très variables. Chez les uns les besoins d'uriner se succèdent si rapidement qu'ils ne peuvent plus les prévenir et qu'ils se croient atteints d'incontinence d'urine. On voit ainsi des patients uriner 100 à 120 fois dans les 24 heures. Non seulement il y a fréquence, mais il y a besoin impérieux, irrésistible, le malade urinerait dans ses vêtements s'il ne pouvait satisfaire de suite ce besoin. La physiologie nous donne l'explication de ce fait par la contracture inflammatoire du corps de la vessie qui demande à se vider d'autant plus fréquemment et d'autant plus impérieusement que sa sensibilité au contact et à la distension est plus exagérée.

Chez les autres, ce sont généralement des cas plus légers, la fréquence est réduite à 12, 15 mictions par jour.

La douleur de la miction marche parallèlement à la fréquence ; elle est plus accentuée au début, puis elle diminue d'intensité pour reparaitre souvent à la fin. Elle peut devenir atroce, s'accompagnant d'évacuations intestinales presque involontaires et de crises extrêmement douloureuses pendant lesquelles les malades se tordent et sont en proie à des sensations de brûlure extrêmement cuisantes. Il est rare que cette douleur persiste, elle cède même quelquefois après la fin de la miction. Mais on com-

prend que si les besoins sont incessants, la douleur devienne subcontinue ; c'est alors l'élément dominant, d'où le nom de cystite douloureuse qui a été donné à cette forme. Son siège est en général la région sus et rétro-pubienne, elle s'irradie du côté de la verge, du pli de l'aîne et du testicule, souvent vers les lombes. Les malades, pour l'atténuer, prennent les positions les plus bizarres : un grand nombre urinent accroupis, quelques-uns même ne peuvent uriner sans avoir en même temps des évacuations intestinales, ces malheureux passent ainsi courbés en deux des jours et des nuits. Chez certains névropathes, les accidents douloureux deviennent excessifs, bien que les lésions soient fort peu accentuées ; aussi ne doit-on jamais négliger d'examiner l'état général dans ces cas de cystites particulièrement douloureuses. (TUFFIER, *Traité de chirurgie*.)

La présence du pus dans l'urine, qui est de règle dans la cystite, peut faire défaut au début de l'affection. D'autre part il peut être si dilué dans l'urine qu'il y a des cas où il est impossible de le mettre en évidence. Dès qu'il est en quantité notable, il existe dans la totalité des urines, mais il n'y existe pourtant pas dans d'égales proportions au commencement, au milieu et à la fin des mictions. Ce fait est facile à constater en faisant uriner le malade successivement dans trois verres. Cette expérience montre que le pus est surtout abondant au commencement et à la fin, tandis qu'il peut presque faire défaut dans la période intermédiaire. On voit tout de suite l'importance de cette constatation, qui permet d'admettre que le fond du canal, entrée même de la vessie d'une part, que son bas-fond d'autre part, qui normalement se vide le dernier,

ont été les points où la sécrétion leucocytaire s'est surtout accumulée.

L'albumine qu'on observe toujours dans ces cas est subordonnée à la présence de ces produits purulents et leur est proportionnelle. C'est ce qui explique pourquoi elle fait défaut dans les premières phases de l'inflammation aiguë.

Le sang, qu'on trouve quelquefois en grande abondance dans certaines formes aiguës s'observe comme le pus aux trois périodes de la miction. Si, comme dans la cystite blennorrhagique, le sang apparaît à la fin, pendant les efforts souvent excessifs que détermine le double ténesme vésico-anal, ce sang vient des vaisseaux du col et de la région antérieure de la vessie, qui sont enflammés et déchirés par la pression urinaire. Au contraire, chez certains prostatiques, les urines sanguinolentes pendant toute la durée de l'émission prouvent que le sang prend sa source dans le corps de l'organe.

Lorsqu'on laisse déposer l'urine qui contient ainsi du pus et du sang, on voit un épais nuage ou un dépôt purulent verdâtre au fond du vase, alors que la partie supérieure reste relativement claire. Souvent les caillots sont constitués par des lames minces, étalées et roulées sur elles-mêmes. Enfin ces urines ont une réaction acide.

Il nous reste maintenant quelques mots à dire sur la *composition bactériologique de l'urine* et sur les *microbes qu'elle contient normalement*.

Voici à quelle conclusion M. Enriquez (*Société de Biologie, 1891*) est arrivé par ses recherches sur l'urine des sujets bien portants. Après avoir recueilli aseptiquement dans des tubes stérilisés de l'urine de la fin de la miction, il a fait des ensemencements sur bouillon, géla-

tiñe et agar, simultanément et comparativement à des cultures sur des tubes d'agar-urée à 3 p. 100. La moitié de ces cultures restèrent négatives, les autres donnèrent soit du staphylococcus albus, soit un staphylocoque à forme dipococque et tétragénique prédominante. Ces deux micro-organismes inoculés à des cobayes déterminèrent, le premier une suppuration peu étendue, le second aucun résultat.

La conclusion de ces recherches est que si l'urine normale est aseptique dans le plus grand nombre des cas, elle peut cependant contenir dans certaines circonstances des micro-organismes, en petit nombre, il est vrai, qui vraisemblablement ne s'y développent pas ou s'y développent mal à cause de son acidité.

Voici donc la cystite définie au point de vue anatomopathologique et au point de vue clinique. Examinons maintenant ces différents symptômes, et disons ce qui est le but de ce travail, que *ces symptômes ne sont point pathognomoniques de la cystite vraie.*

En effet, on signale en général, au nombre des altérations qui pourraient être cause de cystite, celle que peut produire *l'introduction des microbes dans la vessie*. Il pourrait y avoir là une cause d'irritation vésicale, mais elle est loin d'être constante. En effet le moindre cathétérisme devrait à ce compte déterminer de la cystite. Et si on examine au microscope les urines du premier malade venu qui a été soumis une fois seulement au cathétérisme vésical, on y découvre une grande quantité de microbes. Pourtant les urines de ce malade restent absolument claires, et il ne présente aucun phénomène de cystite.

La muqueuse vésicale n'est ouverte aux affections mi-

crobiennes qu'autant qu'elle présente déjà une lésion sur laquelle le microbe peut s'implanter et se développer. Un savant allemand, M. Bumm, a démontré expérimentalement ces faits. Il a introduit dans la vessie de plusieurs espèces d'animaux des micro-organismes spéciaux. Tant que la vessie était saine, elle restait absolument réfractaire à la réaction de ces micro-organismes. Si au contraire elle était altérée par une simple érosion de la muqueuse ou par une lésion pathologique antérieure, alors ces micro-organismes déterminaient immédiatement des phénomènes d'irritation analogues à ceux de la cystite puerpérale. Il faut donc au microbe un terrain spécial, absolument indispensable à son développement. Il est impuissant par lui-même à créer la lésion, mais quand celle-ci existe, elle lui fournit un terrain de culture, et il peut à son tour modifier la lésion et l'aggraver.

On voit même quelquefois se mélanger à l'urine des éléments anormaux dont la source existe soit dans une affection rénale, soit dans un abcès de voisinage ouvert sur le trajet des conduits urinaires, soit dans la communication de la vessie avec l'intestin par l'existence d'une fistule. C'est là, à coup sûr, une puissante raison d'irritation. Il est absolument notoire que lorsque la peau est longtemps en contact avec du pus ou avec des matières stercorales, elle rougit et devient elle-même le siège d'une nouvelle inflammation ; à plus forte raison s'il s'agit d'une muqueuse. Et cependant ce fait n'est pas juste en ce qui concerne la vessie. Les malades qui présentent les affections que nous venons de signaler n'ont pas pour cela de cystite. Et pourtant ces produits intestinaux sont certes des foyers pullulants de microbes.

La transformation ammoniacale de l'urine, qui est un

produit de fermentation, l'excès d'acide urique, la présence d'urates dans les urines, et tant d'autres petites anomalies urinaires, dont beaucoup d'auteurs admettent les propriétés irritantes sur la muqueuse vésicale ne sont pas du tout démontrées.

Cela prouve que toutes ces causes d'irritations, bien que très réelles n'aboutissent ni très vite ni très facilement à la cystite.

Quant au pus de provenance rénale ou extra-vésicale, il n'est pas probable qu'il soit plus apte à irriter la vessie. Et l'on ne peut pas dire que quand il y a formation de pus dans le rein il en résulte forcément une cystite. Ceci est absolument démontré aujourd'hui.

Il faut cependant reconnaître que dans bien des cas les maladies qui siègent dans les reins sont accompagnées de douleurs vésicales et de fréquence de la miction. Mais ce retentissement est loin d'être proportionné aux altérations de l'urine. On l'observe par exemple dans la pollakiurie des brightiques; et M. le professeur Dieulafoy qui a attiré l'attention sur ce symptôme a prouvé que dans le mal de Bright les troubles urinaires n'étaient accompagnés d'aucune trace de pus. Il faut donc admettre que si les lésions du rein retentissent sur les fonctions vésicales, il n'en faut point en imputer la cause aux altérations propres de l'urine, mais bien plutôt au système nerveux qui est atteint dans sa constitution.

Voilà donc des cas où du pus d'origine étrangère séjourne dans la vessie sans y déterminer de cystite. Admettons donc qu'on peut y trouver en stagnation une urine purulente qui passera sans attaquer la muqueuse vésicale. Nous verrons plus loin dans l'étude des affections de l'urèthre et de ses glandes, comment l'urine intacte à

son passage dans la vessie peut être mélangée de pus à sa sortie de l'urèthre.

Nous avons vu d'autre part que l'urine saine pouvait contenir des micro-organismes sans que ceux-ci ne réagissent sur la vessie et ne l'attaquent dans sa constitution anatomique normale. Voyons maintenant comment en présence d'une cystite avérée et constatée les deux symptômes : mictions fréquentes et douleurs en urinant, peuvent être dissociés.

Je suppose qu'un malade atteint de maladie nerveuse, l'ataxie locomotrice par exemple, soit en même temps atteint de cystite. Le cas est fréquent, et les troubles urinaires sont un des premiers et des plus puissants symptômes du tabes. En général, ces troubles urinaires se manifestent par des douleurs lancinantes au dessus du p'uis, dites douleurs fulgurantes, et par un horrible tenesme dans les efforts de miction qui obligent le malade à expulser chaque minute les quelques gouttes d'urine contenue dans la vessie. Le trio des phénomènes cystitiques est alors au complet. Mais si au lieu d'hypéresthésie le tabétique est atteint, comme cela se rencontre fréquemment, d'anesthésie de l'urèthre ou de la muqueuse vésicale, la douleur ne viendra plus ici confirmer le diagnostic de cystite. Et cependant, les mictions continueront à être fréquentes, puisqu'elles seront transformées en incontinence, le pus persistera toujours dans l'urine, et la cystite sera manifeste.

Nous voyons donc qu'une cystite vraie peut exister sans que ses manifestations pathognomoniques soient au complet. C'est la clef de voûte de notre étude, et c'est sur ce point que nous baserons notre argumentation pour dis-

cuter le fait contraire, qu'il peut y avoir quelques-uns ou même tous les symptômes de cystite sans cystite.

Et nous passerons successivement en revue les différentes affections qui peuvent donner lieu à des phénomènes de cystite. Disons tout d'abord que la plupart du temps il y aura réellement cystite, mais aussi sans vouloir mettre en doute sa rareté, il pourra y avoir fausse cystite et nous signalerons au fur et à mesure les faits qui militent en faveur de cette dernière hypothèse.

La fausse cystite peut être causée :

- 1° Par une affection du rein
- 2° Par une affection de l'urètre
- 3° Par une affection de la vessie
- 4° Par une affection de l'urèthre
- 5° Par une affection des organes de voisinage.
- 6° Par une affection du système nerveux.
- 7° Par des affections générales.

Avant d'aborder ce chapitre important de notre thèse, nous croyons utile de faire en quelques mots l'histoire de la question et d'étudier ensuite succinctement la pathogénie des cystites.

CHAPITRE II

Historique

La question de savoir si les symptômes d'irritation vésicale se rattachaient bien toujours à une affection inflammatoire de la vessie, avait attiré l'attention de plusieurs cliniciens à une époque bien antérieure à la nôtre. Nous citons plus loin une observation de Morgagni qui croyant avoir affaire à une cystite ne trouva à l'autopsie qu'un calcul dans le rein. La réaction vésicale dans une lésion de voisinage était dès lors observée.

Plus tard, Campagnac, Ullmann, Roux, Velpeau, Sandas ont aussi flairé la question quand ils décrivaient leurs troubles de névralgie ano-vésicale.

Civiale consacre une longue étude aux affections nerveuses du col vésical ; malheureusement il tombe dans l'excès contraire et il range sous cette dénomination des symptômes douloureux qu'on trouve dans une série d'affections telles que calculs, catarrhes de la vessie, etc., où l'état nerveux n'est rien moins que démontré ; et par suite de cette erreur il arrive à conclure que les affections nerveuses du col de la vessie peuvent occasionner à leur suite des suppurations de la vessie et des reins. Il avait probablement confondu ces affections nerveuses avec la cystite du col.

C'est ce que Brodie lui avait très justement objecté en disant que le plus grand nombre de ses névralgies vésicales n'étaient que l'expression symptomatique d'un état inflammatoire de la portion profonde de l'urèthre.

D'autre part, Rayer (*Maladies des reins*), 1839, tome I, page 45. — Tome III, pages 92-93), Bonet (*Sepulchretium*, lib. III, rect. XXVII, obs. X.), Lowdell (*Memoirs of the medical Society of London*, vol. I. obs. XXIV.), Howship (*A practical Treatise, etc., of the most important complaints that affect the secretion and excretion of the urine*. London, 1823, page 40), et d'autres, avaient plus ou moins eu l'idée de l'acte réflexe du rein sur la vessie, mais ils crurent pour la plupart que malgré cela elle était le siège d'une affection inflammatoire concomitante; l'autopsie leur révéla son intégrité absolue à côté de lésions rénales très accusées (*pyélites avec calculs*.)

Plusieurs auteurs ont été frappés, depuis, de ces remarques, et dès 1870, M. Reliquet, dans une observation publiée dans « l'Union Médicale », attirait l'attention sur le cas d'un jeune homme qu'on avait soigné longtemps sans résultat pour une cystite, et qui avait des coliques néphrétiques.

Mais, comme le dit M. Le Dentu, l'influence vésicale n'est pas seulement spéciale à la lithiase rénale, mais encore à toutes les affections vivement irritantes de l'organe.

C'est en poursuivant ce même ordre d'idées que M. Reliquet disait, il y a 17 ans (Leçons sur les maladies des voies urinaires, 1878) : « Lorsqu'on ne trouve pas du côté de l'urèthre, de ses organes annexes (glandes, canal déférent, vésicules séminales) ou de ses organes de voisinage (rectum), la cause de l'excitation vésico-urétrale

(cystite), il faut la chercher du côté des reins, même lorsqu'ils sont complètement indolents, et du côté du système nerveux. »

Depuis lors, un assez grand nombre de travaux ont été publiés, mais il est à remarquer que presque tous ont examiné le côté exclusivement nerveux et ont rattaché les troubles vésicaux à une lésion cérébrale, médullaire, ou des nerfs périphériques. Nous trouvons en effet : « la névralgie de la vessie » de Bourguignon, — « la cystalgie » de Ferra, — « la cystalgie idiopathique » de Miot, — « les cystalgies et leur traitement chirurgical » de Gergaud, etc...

Un autre côté de la question a été traité dans les travaux de Koch. (La contracture de la vessie) ; de Caudmont, Pomié, Marin, Delefosse, Sockeel, Sebeaux, etc., sur les contractures du col vésical. Mais, comme on le voit, tous ces travaux (et nous en oublions beaucoup, car on a beaucoup écrit sur les maladies de la vessie et particulièrement sur la cystite), tous ces travaux si bien traités et si complets qu'ils soient, n'ont éclairé qu'un des côtés de la question.

Nous devons toutefois dire que Monsieur Le Dentu, dans son ouvrage sur les maladies de la vessie, et aussi Monsieur Duplay dans son traité de pathologie externe, ont esquissé la question avec l'érudition qu'on leur connaît.

Monsieur Guyon, dans ses nombreux et merveilleux travaux sur les affections des voies urinaires, travaux qui font foi dans l'état actuel de ces maladies, signale à chaque instant au cours de son enseignement des cas de cystite simulée, dont nous nous sommes emparés pour appuyer notre argumentation.

Quant aux autres noms que nous avons inscrits avec leurs travaux à notre liste bibliographique : Geffrier, Raymond, Janet, Féré, Bazy, Legueu, Monod, Guépin, Bonneau, etc., etc..., nous ne saurions consacrer à chacun d'eux dans ce court aperçu historique, l'analyse de leurs beaux et intéressants travaux, mais les emprunts que nous leur avons faits à tout instant dans cette thèse, témoigneront du crédit et de la valeur que nous attachons à leurs noms.

CHAPITRE III

Pathogénie des cystites.

Avant d'aborder la discussion des fausses cystites dans chacune de ces formes, il importe de bien établir comment et par quel mécanisme une affection éloignée peut réagir sur la vessie.

Les troubles fonctionnels de la vessie peuvent être liés à une foule d'affections. Quelquefois ils dépendent d'une maladie à lésion du système nerveux, comme l'ataxie, de lésions médullaires, de grands traumatismes cérébraux comme la paralysie générale ; quelquefois aussi ils dépendent des grandes névroses, comme l'épilepsie ou l'hystérie ; les malformations de l'appareil urinaire, les lésions de la vessie elle-même ou de son voisinage, la composition de l'urine, etc., peuvent être l'origine de ces troubles fonctionnels. Nous traiterons chacun de ces points en détail quand nous étudierons chaque affection en particulier.

Voyons maintenant par quel mécanisme s'opère la réaction vésicale. Plusieurs théories sont en présence :

Infection propagée . — Les cystites peuvent être dues à une cause locale et avoir leur point de départ dans la

vessie, dans l'urèthre, dans le rein ou dans un organe voisin.

Les plaies accidentelles de la vessie, sa compression pendant l'accouchement, le cathétérisme maladroit ou violent, répété ou pratiqué dans une vessie prédisposée par la présence d'un calcul ou d'une tumeur, ou par une rétention d'urine, le séjour d'une sonde à demeure, la contagion par transport virulent au moyen d'un instrument malpropre, sont des causes d'inflammation pour la vessie.

Les corps étrangers, soit en irritant la muqueuse par leur contact, soit en gênant la miction, produisent les mêmes effets. Les calculs vésicaux ne sont généralement pas une cause de cystite (Guyon) ; ils congestionnent la vessie et préparent son inflammation en général, produite par une autre cause déterminante comme le refroidissement ou un cathétérisme.

Les tumeurs de la vessie ne produisent son inflammation que si leur présence au voisinage du col amène de la dysurie, ou si leur ulcération s'accompagne d'hémorrhagie ; elles mettent la vessie en état d'imminence inflammatoire.

La tuberculose est une cause fréquente de cystite, soit qu'elle envahisse une vessie saine, soit qu'elle attaque une vessie antérieurement malade.

La rétention d'urine, quand elle n'est pas liée à une lésion des voies urinaires, n'est une cause d'inflammation vésicale que par la contraction douloureuse qu'elle détermine ; il en résulte une cystite par suractivité fonctionnelle. Cette rétention constitue une puissante prédisposition à l'inflammation, surtout si elle s'accompagne, comme chez certains myélitiques, de troubles trophiques des parois vésicales (Charcot).

Chez les paraplégiques, le séjour prolongé de l'urine aboutit bien plus facilement à la cystite que chez ceux qui, pour toute autre cause, présentent purement et simplement de la rétention.

La cause de cystite peut résider dans l'urèthre en cas de blennorrhagie, de rétrécissement, ou de corps étranger et d'inflammation, ou d'hypertrophie de la prostate.

La blennorrhagie est une des causes les plus fréquentes de l'inflammation de la vessie ; celle-ci ne débute guère avant la seconde ou troisième semaine de l'écoulement, si ce n'est chez la femme, où elle peut éclater dès les premiers jours ; mais elle est très fréquente dans le cours d'écoulements chroniques. Cette complication se déclare particulièrement chez les sujets rhumatisants, tuberculeux, ou surmenés, et elle est due dans la plupart des cas au transport du pus blennorrhagique dans la vessie par une injection mal faite. Celle-ci force la portion membraneuse et entraîne dans la vessie le liquide contagieux.

La cystite est une explication fréquente, mais ordinairement tardive, du rétrécissement de l'urèthre ; elle est préparée par la congestion liée à la suractivité fonctionnelle de la vessie, et le plus souvent provoquée par une cause occasionnelle comme le traitement par la dilatation temporaire ou permanente. Elle disparaît en général avec la suppression de l'obstacle au cours des urines.

Les corps étrangers de l'urèthre déterminent surtout de la cystite soit par propagation de l'inflammation uréthrale, soit par obstacle à l'émission de l'urine. Il en est de même des affections aiguës ou chroniques de la prostate, qui n'agissent que par la difficulté qu'elles appor-

tent à l'évacuation de la vessie, qui se trouve ainsi très prédisposée à toutes les causes d'inflammation.

Chez la femme, la cystite est plus rare que chez l'homme : elle reconnaît les mêmes causes avec une inégale fréquence ; en outre, elle a des causes spéciales liées ou non à la grossesse et à l'accouchement. Au cours de la grossesse, l'inflammation est due à une cause mécanique et succède presque toujours à une rétention complète ou incomplète, généralement précédée d'irritation vésicale sans cystite.

En dehors de la grossesse, des tumeurs, des argumentations de volume, des déviations de l'utérus, des hématoèles, des pélvi-péritonites, même l'influence répétée de la congestion menstruelle, peuvent provoquer l'apparition et favoriser le développement d'une cystite, soit spontanément, soit à l'occasion de causes déterminantes légères.

Théorie de l'infection à travers les tissus. — Une autre théorie, est celle de la production des cystites consécutivement à une infection de la vessie à travers les tissus.

M. Reymond a fait sur ce sujet un travail détaillé, appuyé sur des observations, et nous lui empruntons sa théorie.

Nous avons vu plus haut comment la présence du pus dans une vessie saine ne produisait aucune réaction inflammatoire, et c'est-là en quoi la muqueuse vésicale diffère des autres muqueuses qui subissent l'attaque des microbes indifféremment par leur face épithéliale ou par voie sanguine, tandis que pour la vessie l'attaque paraît toujours être faite contre la surface libre. Le développement des cystites par l'influence des inflammations des

organes du petit bassin a d'ailleurs été remarqué depuis longtemps.

Dans des cas de ce genre on a recherché à l'aide du microscope quel micro-organisme pouvait se trouver dans la vessie, et, quel autre dans l'organe génital voisin enflammé ; or dans beaucoup de cas, on aperçut que dans les deux organes voisins, l'inflammation était due au même agent infectieux. Il était donc à supposer que cet agent avait passé directement de l'une à l'autre en pénétrant dans la vessie à travers ses parois.

On fit alors des expériences sur les animaux. Leur vessie étant mise en état de réceptivité, c'est-à-dire de la congestion et de la rétention étant déterminés sur ces organes, on introduisait un micro-organisme infectieux dans les organes du petit bassin voisin de la vessie, et on retrouva dans celle-ci les mêmes micro-organismes quelque temps après. Le passage des microbes à travers les parois de la vessie, l'infection de la muqueuse par sa face profonde étaient dès lors reconnues possible chez les animaux.

Ce résultat peut-il se généraliser et s'appliquer à l'homme ? Voici des cas rapportés par M. Reymond, qui semblent le démontrer.

« Une malade qui n'avait jamais été sondée, est atteinte de salpingite, et en même temps survient une cystite ; on fait la laparotomie qui permet de constater que la poche purulente est adhérente à l'intestin, à l'épiploon, et à la vessie. De plus, une fusée purulente s'est faite sous le péritoine ; la salpingite est enlevée, le foyer purulent drainé, et la cystite disparaît rapidement.

D'où venait cette cystite ? Si le foyer purulent prévésical n'était là que pour jouer un rôle de congestion, d'où

venait l'élément infectieux dans cette vessie qui n'avait pas été sondée ? Certes, rien ne prouve qu'il ne fut arrivé depuis longtemps par l'urètre ou l'uretère, et qu'il n'ait pas attendu, pour donner de la cystite, qu'une congestion prévésicale vint mettre la muqueuse en état de réceptivité. Mais il ne faut pas oublier non plus que pendant l'évolution de cette cystite, existait en dehors un foyer purulent contre la paroi même de la vessie. Et, si ce foyer peut agir sur la vessie assez pour la congestionner, on saisit mal pourquoi il rencontre une barrière infranchissable, dès qu'il s'agit d'infection.

Voici une autre observation qui est encore plus en faveur de la théorie de l'infection à travers les tissus.

« A la suite d'un accouchement, une femme présente les symptômes d'un phlegmon du ligament large ; en même temps une cystite bien caractérisée survient chez elle.

Cherchant quels rapports peuvent exister entre l'affection post-puerpérale et la cystite, on constate d'abord du côté du phlegmon, par le palper et le toucher vaginal, que la masse inflammatoire paraît se prolonger du côté de la vessie. Explorant la sensibilité de la muqueuse, on voit qu'elle n'est pas partout la même. Le contact de l'explorateur sur la plus grande partie de la muqueuse, ne détermine pas de douleur, mais il existe un point correspondant à ce phlegmon, point qui est tout particulièrement sensible et au niveau duquel le moindre frôlement de l'explorateur métallique, détermine des douleurs vives.

« Regardant la surface interne de la vessie à l'endoscope, on voit que cette partie douloureuse est le siège d'une rougeur vive et d'une sorte d'exfoliation épithéliale très localisée. »

Il est difficile d'admettre en effet qu'une cause infectieuse ait pu produire sur la vessie un retentissement aussi localisé au point même qui était en rapport avec la masse inflammatoire. Toute collection purulente peut assurément entraîner de la congestion dans les organes voisins, mais si elle détermine un point d'inflammation localisée à son contact, cette inflammation sera ordinairement due à une infection de proche en proche.

Voici enfin un troisième cas qui fait entrer la bactériologie en jeu.

« Une malade a une métrite depuis six ans et une cystite depuis presque aussi longtemps ; de plus elle porte au moment de l'observation une salpingite gauche. Quant à la cystite, elle est d'une violence extrême : les moyens de toutes sortes sont employés pour agir directement sur la vessie : lavages, instillations au nitrate d'argent, au sublimé ; on n'obtient aucune modification. On cherche alors quels micro-organismes se trouvent dans la vessie et dans l'utérus. L'urine est recueillie à la sonde ; on retire à la curette les produits de râclage de la muqueuse utérine, et on pratique ensuite le plus vite possible les deux cultures parallèlement. Le même micro-organisme fut retrouvé dans l'utérus et dans la vessie. »

Ces observations sont assez convaincantes, et la vérification expérimentale sur les animaux est venue en bien des cas confirmer cette théorie de l'infection à travers les tissus.

Les principales conclusions à en tirer sont celles-ci ; Que le passage des microbes peut s'effectuer en travers de la paroi vésicale et la muqueuse s'infecter par sa face profonde enveloppée ou non du péritoine. — Que les microbes laissent après eux des lésions très diverses. —

Que la guérison spontanée ou chirurgicale du foyer infectieux prévésical entraîne celle de la cystite. — Qu'enfin dans les expériences comme dans la clinique, ces cystites évoluent en deux temps : d'abord la traversée des parois vésicales de dehors en dedans et la formation d'une cystite localisée ; une fois les microbes mêlés à l'urine, l'attaque de toute la muqueuse par sa face libre, si les conditions physiologiques de la vessie le permettent, c'est-à-dire s'il existe de la rétention de la congestion, ou un traumatisme étendu de la muqueuse.

Troubles réflexes. — Ce sont ceux qui tout en restant sous la dépendance d'une lésion des organes urinaires ne présentent par eux-mêmes aucune altération vésicale. Ils ont été souvent décrits comme une affection idiopathique quand on ne connaissait pas la lésion qui en était la cause.

Ces troubles sont de deux sortes : la *névralgie* de la vessie, ou cystalgie, et le *spasme*, c'est-à-dire la contracture de la vessie.

La névralgie de la vessie, qui est presque toujours liée à d'autres phénomènes, est caractérisée par une douleur fixe ou par crises, siégeant dans la région hypogastrique et s'irradiant à la verge ou à la vulve, à l'anus, dans les aines, etc. Mais les fonctions urinaires restent normales.

Le spasme non douloureux ou l'irritabilité de la vessie, que les Anglais désignent sous le nom d'« irritable Bladder » (Gand, 1872), s'accuse par un besoin plus ou moins urgent et plus ou moins douloureux de la miction.

Si nous supprimons l'élément douleur, qui paraît surtout lié à la contracture du col, pour nous la vessie irritable est celle dans laquelle il y a perte ou diminution de

la tolérance normale du contenant pour le contenu. Au contact de l'urine, la muqueuse traduit son agacement par un besoin renouvelé d'uriner. Les mictions sont fréquentes, impérieuses, quelquefois involontaires ; elles s'exagèrent par le froid, l'humidité et quelquefois par la chaleur du lit. Cette irritabilité de la vessie se trouve déterminée, en dehors de toute inflammation de l'organe, par des causes siégeant en dehors d'elle et que nous retrouverons à propos de l'irritabilité avec spasme douloureux ; car d'un état à un autre, il n'y a qu'un pas et il n'est pas rare de voir s'ajouter à la fréquence d'abord non douloureuse des mictions le spasme douloureux.

Le spasme douloureux ou contracture de la vessie affecte particulièrement, non seulement l'orifice uréthrovésical, mais l'ensemble des faisceaux musculaires qui entrent dans la structure des portions prostatique et membraneuse de l'urèthre et qui en forment le véritable sphincter (Guyon). Il s'agit d'une contracture de ces sphincters, le corps étant généralement indemne.

La miction est modifiée, les envies d'uriner sont fréquentes et impérieuses avec une douleur plus ou moins vive. (Bouilly).

Duplay signale en outre les érections persistantes et fatigantes, suivies ou non pollutions nocturnes à répétition (Fournier).

Nous ne discuterons pas la valeur de chacune de ces diverses théories ; nous ne les avons introduites ici que pour préciser davantage ce qu'on entend par cystite, mais nous nous réservons le droit d'apporter de nouvelles preuves à quelques uns de ces points ou de les refuter, au fur et à mesure que notre étude s'orientera vers l'une ou l'autre de ces théories.

CHAPITRE IV

Description

§ 1. Affections du rein.

L'état douloureux de la vessie n'est pas toujours exclusivement lié à une lésion vésicale ; il y a des cas où il est manifestement sous la dépendance de lésions rénales. Ce retentissement des affections du rein sur la vessie est mis hors de doute par un grand nombre d'observations. On trouve dans les cas observés par Morgagni celui d'une maladie qui souffrait cruellement de la vessie, et à l'autopsie duquel on ne trouva que des calculs du rein sans aucune altération vésicale. Des opérations de néphrotomie ou de néphrectomie sont souvent venues mettre fin à des troubles sérieux de la vessie, la douleur surtout.

Il est bien connu que de simples coliques néphrétiques s'accompagnent presque toujours d'envies fréquentes d'uriner et d'irradiations douloureuses qui partent du rein malade pour se diriger vers la vessie ou les testicules. D'autre part la lithiase rénale occasionne, comme nous le verrons plus loin, un retentissement analogue, comme les autres maladies du rein, le mal de Bright, par exemple.

On ne peut donc pas nier l'origine exclusivement rénale de certains troubles vésicaux, et il ne faut point voir dans

ce retentissement tant une propagation directe qu'une action reflexe.

Examinons ces faits dans les affections inflammatoires du rein, puis dans les affections non inflammatoires, et enfin dans les affections médicales.

Affections inflammatoires : PYÉLITES. — Toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une vessie qui suppure avec persistance ou même avec abondance, il ne faut pas se hâter de porter le diagnostic banal de cystite purulente, qui conduirait à des erreurs de traitement ; on doit se demander si le pus que charrie l'urine n'est pas sécrété dans les uretères ou dans les bassinets. Car si la vessie est de toutes les parties de l'appareil urinaire celle qui suppure le plus facilement, les bassinets viennent immédiatement après ; et ceux-ci peuvent être pris d'emblée, être eux seuls le siège de la suppuration observée. Ce sont ces affections que M. le Professeur Guyon a appelées *pyélites diathésiques*. Il en rapporte la preuve expérimentale dans ses cliniques des maladies des voies urinaires, dont nous extrayons l'observation suivante :

« Chez un jeune homme de 30 à 35 ans auquel je fis l'ouverture du rein gauche pour une pyonéphrose, je constatai dès le lendemain que les urines jusqu'alors fortement purulentes étaient devenues absolument limpides. J'appris, par les personnes qui avait suivi jour par jour le malade depuis sa naissance, qu'aussi loin que remontaient leurs souvenirs, les urines avaient toujours été invariablement troubles. La rétention du pus dans le rein n'était donc qu'à l'état incomplet, ainsi qu'on l'observe habituellement. Il est fort remarquable de constater que la vessie ait pu rester si longtemps indemne malgré le passage

continuel du pus. Aucun symptôme vésical ne s'était d'ailleurs jamais manifesté, mais rien ne pouvait mieux prouver que la pyélite était bien primitive que la subite transformation de l'urine devenue claire du jour au lendemain, alors qu'elle était trouble depuis plus de trente ans. Ce malade, d'apparence chétive, avait eu deux ans auparavant une pleurésie droite dont l'évolution avait été fort longue, qui n'avait pas suppuré, mais qui avait laissé un épaississement notable de la plèvre. Aucun signe stéthoscopique ne permettait d'admettre la tuberculose pulmonaire, nous en avons pour garant l'examen du professeur Jaccoud. De même je ne trouvai ni dans le pus ni dans les urines les bacilles de Koch. Mais n'est-on pas tenté d'admettre qu'un pareil sujet était virtuellement tuberculeux. »

Il n'y a pas que la pyonéphrose qui puisse succéder à ce genre de pyélites, il y a aussi la suppuration périnéphrétique, et M. Guyon en a aussi observé un cas chez un jeune garçon d'une douzaine d'années.

Sont-ce là des affections dues à la tuberculose ? Ce n'est pas certain. D'ailleurs les sujets atteints sont généralement assez jeunes, et la lenteur de ces accidents est trop accentuée pour qu'il soit facile d'en suivre l'évolution. Il s'agit cependant ici d'une catégorie particulière de suppurations urinaires pour lesquels une hygiène et une alimentation appropriées, un traitement médical long et continu devront être presque exclusivement mis en œuvre. Les caractères de la cystite vraie y sont d'ailleurs peu manifestes en dehors de la suppuration : il y a peu de douleurs et les mictions ont une fréquence modérée. Les prescriptions devront viser beaucoup plus l'état général que celui de l'appareil urinaire. Quand au traitement

local : introduction d'instruments, topiques portés dans la vessie, lavages, instillations, ils seraient d'abord impuissants à apporter quelque amélioration, et n'auraient pour effet que d'aggraver des lésions qui évoluaient sans troubler sérieusement les habitudes et le repos du malade.

PYONÉPHROSES. — C'est presque toujours, il faut en convenir, par des signes d'altération vésicale que s'ouvrent la série des phénomènes de pyonéphrose. Mais dans quelques cas, cinq sur vingt environ, le rein est attaqué le premier. Nous ne voudrions pas aller trop loin en disant que la lésion rénale va évoluer dans le voisinage de la vessie sans retentir sur elle, sans lui communiquer même à la longue son inflammation, mais il y aura toujours une période, au moins transitoire, pendant laquelle la muqueuse vésicale encore saine pourra nous fournir ce que nous avons appelé fausse cystite. Période très courte il est vrai, mais si pendant cette période on guérit ou enlève le rein, source de la lésion, les phénomènes d'inflammation vésicale cesseront aussitôt d'exister. C'est ce que plusieurs cas de néphrotomie nous permettront de constater.

Les malades atteints de pyonéphrose viennent généralement se plaindre d'une lésion vésicale ou uréthrale; ils ont des besoins fréquents et des douleurs de miction. Les douleurs lombaires, qu'ils comparent à des brûlures, à des pesanteurs, n'ont rien d'absolu par leur siège : c'est à l'angle costo-vertébrale, au-dessous des fausses côtes, quelquefois avec irradiation sur le trajet de l'uretère, etc. Le rein seulement est presque toujours douloureux, surtout quand il augmente subitement de volume, gonflé par son contenu.

La pyurie au contraire est constante, ou diminue un peu quand la douleur du rein augmente (congestion du rein) sans qu'elle soit toujours accompagnée par la fièvre.

Certes, nous ne voulons point prétendre qu'en présence d'une affection aussi grave que les pyonéphroses où le rein déverse des torrents de pus dans les voies urinaires, nous ne voulons point prétendre que la vessie restera indifférente. Ce serait aller contre l'opinion admise à bon droit, d'autant que l'affection débute presque toujours, comme nous l'avons dit tout à l'heure, par la vessie. Mais si l'état rénal n'est la plupart du temps que la conséquence d'une lésion primitivement localisée à la vessie, les douleurs vésicales de leur côté sont quelquefois sous la dépendance de l'état rénal. Et si les interventions chirurgicales, la cystotomie par exemple, ont produit de bons effets sur les affections du rein ou de l'uretère, les néphrectomies et les néphrotomies ont eu de leur côté une influence réciproque qu'on ne saurait négliger. Les nombreuses observations de MM. Bouilly, Terrier, Reliquet, etc., en sont la preuve.

Nous allons citer une observation inédite qui nous a été communiquée par notre savant ami le docteur Guépin.

Il s'agit d'un malade atteint de pyélo-néphrite générale ; il offrait des symptômes d'excitation vésicale qui ont été traités pour une cystite. En même temps il présentait une insuffisance rénale, mais l'amélioration s'obtint néanmoins par le traitement rationnel :

OBSERVATION DE M. GUÉPIN (Inédite).

M. X..., 48 ans, arthritique, obèse, de profession sédentaire. Aucun antécédent morbide, héréditaire ou personnel.

A 17 ans, première colique néphrétique terminée par l'expulsion d'un gravier rouge.

A 20 ans, blennorrhagie guérie au bout de deux mois par le traitement émollient.

De 20 à 40 ans, plusieurs fois des douleurs lombaires et plusieurs coliques néphrétiques. Le malade, gros mangeur, avait déjà remarqué que la bière lui était défavorable, et de lui-même l'avait exclue de son régime.

Vers quarante ans, sans raison connue, les urines devinrent troubles, les mictions fréquentes et douloureuses; il suivit alors sans succès plusieurs traitements. A cette époque il consulta un spécialiste qui diagnostiqua cystite et lui fit à plusieurs reprises des instillations au nitrate d'argent. La douleur provoquée par chaque instillation était très vive, la fréquence des mictions devenait de plus en plus grande, le trouble de l'urine persistait. Après plusieurs semaines, le malade, surtout en raison des douleurs, renonça aux instillations. Pendant toute cette période, il y avait de la pesanteur lombaire, sans vive souffrance; pas de colique néphrétique vraie, pas d'expulsion de sable ou de graviers.

M. Reliquet trouva alors le rein gauche un peu sensible à la pression, l'uretère du même côté également sensible, la prostate gonflée, mais rien dans la vessie. L'analyse de l'urine décela une proportion d'urée inférieure à la normale. Le régime fut dès lors celui de l'insuffisance rénale. Des révulsifs (pointes de feu) furent appliqués sur le rein et l'uretère. Contre la congestion prostatique on employa les grands lavements tièdes et les suppositoires à l'iodoforme et à l'extrait de jusquiame.

Sous l'influence de ce traitement, sans que rien ne fût tenté du côté de la vessie, les mictions s'espacèrent, la sensibilité rénale diminua, les urines toutefois restèrent troubles pendant assez longtemps. Puis quelques semaines après, le malade rendit spontanément un calcul phosphatique gros comme une fève,

irrégulier. Une douleur localisée à la terminaison de l'uretère gauche exagérée par la pression, semblait correspondre au siège de ce calcul ; car une fois le calcul expulsé, la douleur disparut et le malade revint à la santé.

Il alla à Contrexeville plusieurs années de suite et chaque fois rendit des graviers phosphatiques en assez grande quantité. Le passage de ces graviers s'accompagna toujours d'urines rares, épaisses, troubles, contenant des mucosités filantes qui s'attachaient au fond du vase. Chaque fois que l'urine diminuait et se modifiait ainsi, les mictions devenaient fréquentes et parfois douloureuses.

Je vois M. X..., en avril 1895. S'étant écarté de son régime depuis quelques mois, il a beaucoup grossi, et vers la fin du mois a été pris de phénomènes gastriques mis sur le compte de la grippe. Contre les douleurs stomachales et l'inappétence on lui conseilla l'eau de Vichy, le benzo-naphtol. Bientôt la constipation se déclara opiniâtre, et dans la fosse iliaque droite apparut une douleur fixe, intense, rendant tout mouvement extrêmement pénible. Des sangsues appliquées sur le point douloureux amenèrent un calme relatif.

Mais alors reparut la pesanteur lombaire, les urines devinrent rares (400 à 500 grammes par 24 heures), laiteuses, ammoniacales, et dans les nombreuses mucosités expulsées il y avait des grains phosphatiques.

Sur mon conseil, le malade renonça à tout médicament et revint au régime lacté exclusif. Après quelques jours, les urines redevinrent plus claires, moins chargées en phosphates, et plus abondantes. La proportion d'urée se rétablit à un taux normal en même temps que cessaient les phénomènes gastriques et la pesanteur de tête. Puis peu à peu il s'établit une polyurie de moins en moins trouble (1700 à 2300 grammes d'urine par 24 heures). On revint progressivement à un régime plus substantiel (viandes blanches en petite quantité, vin blanc coupé d'eau, légumes verts non acides) et le malade ne souffrant plus des reins, tout à fait rétabli quant à l'état général, songe à retourner à Contrexéville.

Le dernier examen de l'urine ne décèle (pas plus que les

autres d'ailleurs) aucun élément épithélial du rein, ni aucun cylindre ; les matières extractives sont en proportion normale.

M. X... ne s'écartera plus du régime indiqué plus haut, que je considère comme indispensable, étant donné la facilité avec laquelle apparaissent les symptômes d'insuffisance rénale.

A cette observation très concluante, nous en joindrons une autre de M. Matthews Duncan, citée dans ses leçons à l'hôpital San-Bartholomew, et publiée dans le *Medical Times and Gazette* 1878. Il s'agit d'une femme dont les phénomènes de cystite étaient dus à une lésion rénale.

OBSERVATION DE MATTHEWS DUNCAN

E. M..., 32 ans, non mariée, fut admise salle Sainte-Marthe, pour une maladie supposée de la vessie.

Urine acide, densité 1012 ; contenant une petite quantité de mucus et quelques globules de pus.

La malade se plaint d'être obligée d'uriner toutes les demi-heures et l'émission de l'urine est accompagnée d'une très vive douleur qu'elle ressent dans les parties génitales ; elle se plaint également de douleurs dans les lombes, avec irradiation du côté des cuisses. On lui administra une purgation. Elle dut garder le lit, prit 1/2 drachme de teinture de jusquiame et de l'esprit de nître dulcifié. Sous l'influence de ce traitement les symptômes furent en quelques jours bien diminués sans aucune amélioration du côté de l'urine qui était assez fréquemment teinte de sang et contenait toujours du mucus, un peu de pus et d'albumine. La vessie fut alors examinée directement et aucune ulcération n'y fut découverte.

Une consultation avec le docteur Gee amena à cette opinion que la lésion n'était pas dans la vessie, mais dans les reins ou leurs bassinets. Je ne doute pas, dit Matthews Duncan, que ce diagnostic ne fut exact, la quantité de mucus et de pus était moindre qu'elle ne l'aurait été dans une altération vésicale ; et le traitement ayant eu pour résultat de faire cesser les symptô-

mes vésicaux, tout en laissant les symptômes du côté des reins ; il n'est pas douteux que nous avons un exemple de vessie irritée par sympathie avec maladie des deux reins ou de leurs bassinets.

On pourrait faire des remarques analogues sur les autres affections du rein, les tumeurs, les abcès, les cancers mêmes, mais la discussion serait en tous points semblable à celle des pyélites et des pyonéphroses, et nous ne croyons pas devoir nous y attarder. Notre argumentation dans ces lésions inflammatoires du rein est loin d'avoir la force qu'elle a dans certains des autres chapitres, en ce que cette question d'influence réciproque du rein sur la vessie a été moins étudiée, et en ce qu'elle est aussi beaucoup plus controversée.

Affections inflammatoires : LITHIASÉ RÉNALE. — Une observation très intéressante, vérifiée par l'autopsie, a été rapportée par M. le professeur Guyon dans ses leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. Nous ne saurions prouver plus clairement l'influence des affections rénales sur la vessie qu'en rapportant ici cette observation. La voici :

« Le malade âgé de 42 ans, est entré à l'hôpital le 15 décembre 1887. Il a eu sa première colique néphrétique en 1876. Deux ans plus tard il était atteint de la pierre et venait dans le service de M. Guyon qui l'opéra en huit séances. Il resta bien guéri jusqu'en 1881, époque à laquelle il revint se faire lithotritier de nouveau en une séance par M. Guyon. Nouvelle récurrence en 1884 et nouvelle opération de M. Second. Il était revenu à la santé, lorsqu'au mois d'août 1887 il fut repris de très vives douleurs dans le rein droit accompagnées de coliques néphré-

tiques, sans avoir toutefois ni hématurie ni émission de graviers. Le malade qui ne pouvait marcher que courbé en deux, avait toutes les quatre ou cinq minutes des envies d'uriner avec très vives douleurs vésicales exaspérées pendant la miction. Les urines très claires jusqu'alors commencèrent à contenir du sang.

L'examen direct de la vessie, malgré les douleurs accusées par le malade fit constater qu'elle n'était le siège d'aucune lésion inflammatoire ou autre et qu'elle ne contenait pas non plus de calcul. Pour qu'il y ait cystite, en effet, il ne suffit pas de constater la douleur et la fréquence, il faut en outre la suppuration. Ici il n'y en avait pas ou du moins en quantité négligeable.

« Du reste, alors même que les urines eussent été purulentes, mon opinion, dit M. Guyon, eut été la même. » D'ailleurs la douleur n'était provoquée ni par le palper, ni par l'explorateur dans la vessie ; ces diverses manœuvres, jointes à la distension par injections amenèrent seulement de l'hyperexcitabilité avec contractions, mais sans exagération des phénomènes douloureux. Cette distinction permettait d'affirmer que ces symptômes vésicaux étaient d'ordre réflexe et non inflammatoire.

Le 23 décembre, après anurie, dyspnée, abaissement de température (35° et quelques dixièmes) la mort arriva.

L'autopsie permit les constatations suivantes : l'orifice inférieur de l'uretère droit est enflammé ; le rein est occupé par plusieurs pierres logeant dans presque tous les calices, il est augmenté de volume, dilaté, et ne conserve qu'une très mince couche de substance corticale saine. La vessie est indemne de toute lésion ; la muqueuse est mince, souple, glissante, avec tous les caractères de

l'état normal. Le rein et l'uretère gauche n'existaient pour ainsi dire pas. »

Voici donc une malade qui pendant sa vie avait des douleurs cuisantes de la vessie avec des envies fréquentes d'uriner, et dont l'autopsie dévoile une vessie absolument saine. Aucun calcul de l'uretère pour expliquer la douleur à la palpation. Si les lésions du rein eussent été plus avancées pour donner aux urines une purulence plus accentuée, n'étaient-ce pas là les symptômes de cystite ? Et cependant l'absence des lésions vésicales annonce qu'il s'agit encore ici de phénomènes purement réflexes.

Affections intermédiaires. NÉPHRITES. — Nous dirons deux mots des troubles urinaires dans les néphrites en général particulièrement dans les néphrites chroniques et atrophies rénales. Leur symptomatologie est trop connue pour qu'on puisse attribuer à la vessie la cause de l'affection, mais il est un point à noter : la pollakiurie, qui a été mise en relief par M. Dieulafoy.

La polyurie chez les brightiques, conséquence de l'hypertrophie cardiaque et de la haute tension du pouls, était une particularité bien connue avant lui, mais M. Dieulafoy a insisté sur ce point que sous le nom de polyurie on avait confondu deux symptômes bien distincts : l'un qui est l'augmentation de la quantité des urines et qui est un trouble de la sécrétion, — l'autre qui est la fréquence des besoins d'uriner, surtout la nuit, et qui est un symptôme vésical. La vessie, par suite d'excitations nerveuses dont la cause est mal établie, par suite peut-être d'un réflexe ayant son point de départ dans le rein, se contracte plus souvent, mais la quantité d'urine éliminée à chaque miction est restreinte. Certains mala-

des urinent une vingtaine de fois dans un jour, dont dix ou douze fois la nuit.

Ce sont là des symptômes qu'il ne faut pas confondre avec la cystite quand bien même à cette fréquence douloureuse des mictions serait liée de l'hématurie ou un peu de purulence de l'urine. L'affection est purement rénale et l'examen général du malade devra avoir pour conséquence de limiter le traitement à celui de la néphrite et surtout de ne pas agir directement sur la vessie.

§ 2. Affections de l'uretère.

Les affections de l'uretère comme celles du rein peuvent avoir des symptômes communs avec celles de la vessie. Mais en plus de cela elles ont aussi un retentissement d'origine réflexe sur celle-ci ; et à côté de la douleur localisée ou irradiée, il n'est pas rare d'observer toute une série de phénomènes douloureux ou autres, qui par leur localisation systématique sur certains viscères ont imprimé quelquefois à l'intervention chirurgicale une direction non justifiée.

La première et la plus répandue de ces affections de l'uretère, causée par la migration d'un calcul, est la colique néphrétique, qui n'est d'ailleurs qu'un accident de la lithiase rénale. Nous avons vu plus haut quelles affections inflammatoires elle pouvait causer dans le rein, nous verrons tout à l'heure celles qu'elle peut causer à l'uretère.

Affections non inflammatoires. COLIQUE NÉPHRÉTIQUE. Elle est l'ensemble des phénomènes douloureux dus au passage d'un corps étranger dans l'uretère. Mais, indépen-

damment de la douleur que provoque cette colique néphrétique, la lithiase rénale donne lieu, sans qu'il n'y ait dilatation ni suppuration à deux phénomènes principaux : la douleur et l'hématurie.

La douleur rénale, qui est particulièrement vive pendant la nuit, a lieu d'une façon continue, ou plus généralement sous forme d'accès. Elle est par son siège, à la fois lombaire et profonde, parfois sourde, parfois extrêmement intense, finissant même par donner au tronc des attitudes vicieuses. Le mouvement, l'équitation, la voiture, la palpation, la réveillent ou l'exacerbent. Cette douleur reste rarement localisée à la région rénale : elle s'irradie généralement vers la région inguinale ou vers la région lombo-abdominale, mais sans avoir rien de fixe.

Ce qui nous intéresse particulièrement dans cette question de lithiase rénale liée à la colique néphrétique, ce sont les phénomènes réflexes que cette affection peut provoquer sur la vessie. Ils sont caractérisés par la fréquence de la miction, et la douleur pendant l'émission des urines. Ces troubles qui s'observent en dehors de la colique néphrétique, où ils sont d'observation vulgaire et constante, ne sauraient être dus à autre chose qu'un réflexe, puisqu'ils existent en dehors de toute lésion vésicale.

Nous avons déjà cité d'un mot, je crois, l'observation de Morgagni au sujet d'un malade qui se plaignait d'une douleur très légère dans la région rénale, pendant qu'il éprouvait dans la vessie une douleur si déchirante, que cinq ou six médecins qui le soignaient n'eurent pas le doute que la maladie ne siègeât dans cet organe. A l'autopsie cependant, on n'y trouve pas la moindre altération, mais il y avait dans les reins des calculs volumineux et ramifiés. » Valsalva, cité par Morgagni, avait

aussi reconnu que les calculs rénaux pouvaient faire croire à une maladie de la vessie.

Un malade observé par Brodie avait des signes très nets de névralgie vésicale: le besoin d'uriner était continu, et il existait à la région pubienne et au col de la vessie une douleur déchirante qui survenait aussitôt après l'émission des urines. Le malade mourut subitement d'une affection intercurrente; dans le rein gauche, seul malade, on trouvait dans une poche, indépendante des calices et du bassin, deux calculs.

On voit donc combien la lithiase rénale est comparable par ses symptômes aux affections de la vessie, à la cystite en particulier; tous les chirurgiens anglais, si experts dans la question de lithiase rénale, ont diagnostiqué et opéré ainsi des pseudo-calculs de la vessie.

Nous reproduirons ici deux observations très intéressantes à ce point de vue, qui ont été communiquées par M. Guyon à M. Legueu qui les a reproduites à son tour dans sa thèse de doctorat.

OBSERVATION DE M. LEGUEU.

M. Ch... souffre de la gravelle depuis deux ou trois ans, mais sans accidents sérieux. Depuis quelque temps cependant, à de certains moments, surtout vers la fin de la journée, les mictions se terminent par une sensation légère de cuisson au col de la vessie, et une émission de gravelle pure, comme de la sauce tomate.

Le 2 mai 1890, le malade a eu une première attaque de coliques néphrétiques annoncée par une douleur très violente au col de la vessie. Les urines étaient sanguinolentes: la nuit les envies d'uriner étaient très fréquentes. Le lendemain matin seulement, apparurent les douleurs rénales. Après une souff-

france de cinq heures de durée, le malade rendit un petit calcul et les douleurs cessèrent.

Une seconde attaque eut lieu le 25 août avec les mêmes caractères que la première. Elle fut suivie de l'expulsion d'un gravier.

Le 24 septembre, le malade est pris brusquement dans la soirée d'une envie d'uriner intense : après une miction très abondante, il éprouve une cuisson persistante de la vessie. Dans la nuit il urine 25 ou 30 fois ; le sommeil est impossible. Pendant 8 à 10 jours, persiste avec la fréquence excessive des mictions, une douleur fixe au côté gauche de la vessie. En même temps il ressent des douleurs au périnée, dans le scrotum, et jusqu'à l'extrémité de la verge. Cependant la marche, les courses en voiture n'exagèrent pas la douleur.

C'est dans cet état, que M. Guyon fut appelé à consulter le malade : l'examen de la vessie et de la portion inférieure de l'appareil urinaire reste absolument négatif.

Cette seconde observation, que nous avons puisée à la même source, est remarquable par la tenacité persistante des signes vésicaux, qui ne disparurent qu'après l'expulsion du calcul rénal, à la suite d'une violente colique néphrétique.

OBSERVATION DE M. LEGUEU

Le docteur X..... 50 ans : éprouvait depuis six mois de fréquentes envies d'uriner ; une sensation désagréable l'avertissait du besoin d'uriner, une autre sensation désagréable suivait la miction.

Le 15 avril 1889, il éprouva dans une nuit des douleurs dans la verge, avec ténesme et envies fréquentes d'uriner. L'accès dura 3 heures.

Trois jours après, après une bonne nuit, la miction du matin fut suivie de fréquentes envies d'uriner, de douleurs vives, qui après avoir débuté à l'extrémité de la verge remontaient le long du canal vers le col de la vessie.

Trois jours après, une nouvelle crise se produit encore, semblable à la première, mais plus douloureuse encore, et cette fois avec irradiation le long de l'uretère gauche jusqu'au rein gauche, où il éprouvait des douleurs atroces. Au bout de 24 heures, la crise cessa d'elle-même.

A la suite de ces trois crises successives, la situation rede vint ce qu'elle était auparavant : envies d'uriner toutes les quatre heures, avec sensations désagréables avant et surtout après la miction.

M. Guyon vit le malade à cette époque, lui déclara que les crises qu'il avait eues n'étaient rien moins que des coliques néphrétiques, et formula le traitement en conséquence.

Le docteur X... douta, parce qu'il n'avait jamais rendu de graviers, il suivit néanmoins le traitement formulé ; malgré cela, l'état resta le même. De temps en temps une crise supportable, pendant laquelle la douleur remontait toujours vers le rein gauche, venait s'ajouter aux troubles vésicaux habituellement éprouvés par le malade.

Au mois d'août dernier, la situation devient intolérable ; le docteur X... croit avoir une affection vésicale. Une exploration de M. Guyon resta négative.

Malgré cela, les mêmes douleurs vésicales, avec irradiation à tout le côté gauche, persistèrent.

Enfin le 9 novembre, après avoir eu pendant toute la matinée des douleurs sourdes de vessie, qui étaient souvent le prélude d'une crise, le malade eut dans l'après-midi une crise vésicale et rénale assez forte, qui se calma dans la soirée, vers dix heures. La nuit fut bonne ; la première miction du lendemain ne fut précédée, ni suivie de douleurs : vers dix heures du matin, il urinait dans la rue, lorsqu'il sentit un léger arrêt du jet de l'urine, et une sensation légère de déchirure sous le gland. Il venait d'expluser un petit gravier.

Dès lors, la guérison est complète : le malade urine trois ou quatre fois par jour ; il n'a plus de sensations douloureuses.

L'hématurie est le second symptôme très fréquent de la lithiase rénale. Envisagée en dehors de la colique né-

phrétique, elle est en général peu abondante et peu durable. Elle n'a rien de spécial aux coliques néphrétiques si ce n'est son apparition et son exacerbation par la marche, le mouvement, les efforts, les manipulations nécessitées par l'exploration du rein. Elle cesse par le repos, quoique dans certains cas elle puisse persister sous une simple influence congestive. Enfin, les crises douloureuses s'accompagnent souvent d'hémorrhagies avant, pendant et après l'accès (Guyon).

Nous avons envisagé ici les symptômes de lithiase rénale en dehors des accidents et complications des calculs du rein, en dehors de la grande attaque de colique néphrétique aiguë. C'est dans cet état de chronicité que sa symptomatologie se rapproche le plus de celle de la cystite. Il serait par conséquent superflu de décrire l'ensemble des phénomènes qui constituent la crise même de colique hépatique; ils sont si accentués et si caractéristiques qu'ils ne permettent pas l'erreur de diagnostic.

Cependant rien ne peut empêcher de supposer l'existence d'une cystite vraie, en même temps qu'il se produit du côté des reins ou des uretères des signes de lithiase. Et cela se voit souvent, car les accidents inflammatoires, soient consécutifs à une lésion vésicale, soit primitifs sont fréquents dans la lithiase rénale. Nous avons vu en examinant les maladies inflammatoires du rein comment l'erreur pouvait s'affirmer quand la pyurie venait s'ajouter aux autres phénomènes de cystite.

Nous reproduisons ici une observation publiée par Belfield. (*New-York med. Rec.*, mai 1887), où le troisième agent de cystite, la pyurie, était venu s'ajouter aux deux autres de façon à faire supposer l'existence d'une cystite vraie. Mais ici la présence du pus dans l'urine n'était pas

due à une affection inflammatoire des uretères, mais à un rein tuberculeux évoluant simultanément avec des poussées douloureuses de colique néphrétique.

OBSERVATION DE BELFIELD

C. C..., jouissait d'une excellente santé jusqu'à il y a deux ans; depuis lors, il a souffert de mictions plus fréquentes et de douleurs augmentant graduellement, urine purulente, parfois un peu de sang.

Il y a un an il urina de petits calculs gros comme une chevrotine. Pendant les trois derniers mois, de temps en temps, il ressentait des douleurs dans la région lombaire gauche et le testicule, durant quelques heures il eut des coliques néphrétiques atténuées. Il fut traité pour un mal de Bright et une cystite. Quand il fut placé dans mon service, le 5 janvier 1887, il était amaigri, urinait toutes les demi-heures, avec des douleurs dans la vessie et au gland. Urine alcaline de 30 à 40 onces (800 à 900 gr.) par jour; beaucoup de pus et quelques globules sanguins. Il ressentait des douleurs fortes à la pression sur le rein gauche, aucune douleur au rein droit. Il avait évidemment de la pyélite du côté gauche, d'origine, soit calculeuse, soit tuberculeuse; pas de bacille dans le pus examiné une fois.

Le 26 janvier, je fis l'incision lombaire; le rein fut trouvé au-dessus du volume moyen, une masse dure existait à l'union du bassinet et de l'uretère. Pour déterminer la nature de cette masse, le rein est incisé; le doigt dans le bassinet trouva la cavité dilatée, et en quelques points ulcérée. La masse consistait en tissu épaissi, obstruant en partie l'uretère.

Comme la maladie était nettement tuberculeuse, et que l'état de l'autre rein était inconnu (quoique suspect à cause de l'augmentation de volume du rein gauche), on ne fit pas l'extirpation.

Mort d'urémie au 11^e jour.

L'autopsie partielle montra que le rein gauche (exploré) était tuberculeux et très congestionné; le rein droit très tuberculeux, la prostate et la vessie normales.

Comment expliquer ce retentissement des maladies du rein et de l'uretère sur la vessie ? Faut-il invoquer l'hystérie, la névropathie, l'ataxie ?... etc. Nous n'avons point d'opinion sur une question aussi complexe ! Ces cas nous ont semblé entrer dans notre question sur les fausses cystites, nous les consignons simplement, laissant à d'autres plus éclairés, le soin de leur trouver une véritable explication.

Affections inflammatoires. PÉRI-URETÉRITES. — M. Félix Leguen, dans une observation publiée dernièrement dans les *Annales des maladies des voies urinaires*, rapporte l'histoire d'un malade, qui, en l'absence de toute lésion de la vessie vérifiée à l'aide de l'endoscope, présentait tous les symptômes de la cystite chronique.

Il s'agissait d'un phlegmon de la fosse iliaque d'origine péri-urétérale. Quelle en était la nature ? Avait-il pour point de départ une crise de rétention rénale ou une colique néphrétique due à la migration d'un calcul ? Il serait difficile de l'affirmer, quoique pourtant les hématuries qu'a présentées le malade semblent plaider plutôt en faveur d'un calcul ; mais en tout cas, il n'y eut jamais expulsion de graviers.

Voici d'ailleurs le résumé de cette intéressante et rare observation, dont la marche en dira plus sur ce cas de fausse cystite, que tous nos commentaires.

« Il s'agit d'un malade de 28 ans, ancien blennorrhagique, déjà soigné à plusieurs reprises pour un rétrécissement, lorsqu'il se présenta pour la première fois à la consultation de Necker le 16 février 1894 ; il avait un rétrécissement bulbaire dilatable n° 17, il présentait en outre un suintement uréthral aseptique, qui surtout le préoc-

cupait. On lui prescrivit la dilatation et des instillations argentiques à 2 p. 100.

Le 10 mars au matin, sans cause apparente, il est pris d'une hématurie, qui se continue pendant douze jours sans souffrance ni fréquence des mictions. Au huitième jour de l'hématurie, il est pris tout d'un coup d'une douleur très intense, s'irradiant vers la cuisse, accompagnée de vomissements, et le forçant à se tenir couché. On examine la vessie à l'aide de l'endoscope et on la trouve absolument saine; un peu de sang s'écoulait cependant de l'uretère droit. Il n'y avait pas de tuméfaction rénale de ce côté, et peu à peu les douleurs s'amendèrent et le malade quitta l'hôpital.

Le 10 avril, une nouvelle crise se reproduisit du même côté sur le trajet de l'uretère avec irradiations vers le membre inférieur. Les urines étaient teintées de sang, et quoiqu'il n'y eût pas fréquence, les dernières gouttes laissaient à leur passage une sensation pénible de brûlure dans le canal.

C'est au cours de ce syndrome douloureux que commença à apparaître le 13 avril une tuméfaction douloureuse dans la fosse iliaque droite. Au toucher rectal, la partie droite de la vessie était plus sensible que la gauche. En quelques jours la tuméfaction augmenta avec tous les signes de la suppuration.

Le 19 avril, incision par M. Guyon, des couches fusionnées de la paroi abdominale, qui donne issue à deux cents grammes d'un pus jaune verdâtre. Dès le lendemain, l'état du malade s'améliora rapidement, et peu de temps après, le malade quittait le service dans un très bon état.

L'examen des urines avait donné le résultat suivant :

urine trouble, fortement colorée, alcaline, donnant au repos un dépôt floconneux assez abondant. Au microscope : leucocytes nombreux, hématies, fragments de cylindres, cellules épithéliales.

Il est incontestable que cette suppuration s'est développée sous l'influence d'une infection dont l'uretère a été le point de départ. Cette relation entre le phlegmon et l'uretère trouve sa preuve dans les douleurs accusées par le malade dans les jours qui précédaient la collection périurétérale. Et sans qu'il y ait eu perforation du conduit, car à aucun moment l'urine ne s'est écoulée par la plaie, l'infection s'est propagée dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque. C'est, comme on le voit, une affection analogue à celles que l'on observe dans les péricystites, dans les périurétrites et dans les périnéphrites.

Et pourtant quoiqu'il n'y ait pas eu perforation de l'uretère, le malade a ressenti du ténesme abdominal analogue à celui de la cystite, la miction a été très douloureuse, et les urines ont contenu du sang et du pus. Il y a ici, on en conviendra, de quoi faire songer à l'existence d'une cystite, marchant parallèlement à l'infection. Il est probable encore dans ce cas, que les instillations et lavages antiseptiques eussent provoqué une inflammation vésicale qui n'existait pas d'après l'examen à l'endoscope, et il est douteux que des soins intravésicaux eussent apporté quelque amélioration à la lésion inflammatoire.

Le docteur D. Mann, de Buffalo, (*The Americ. journ. of Méd. Sciences*, 1894) qui a publié une étude sur les inflammations des uretères chez la femme, attire l'attention sur la fréquence de cette lésion, et sur les erreurs causées d'une part par les affections de l'utérus et de ses

annexes ; d'autre part par celles de la vessie ou des reins.

Voici d'ailleurs comment il en résume la symptomatologie : Le plus constant des symptômes est le besoin fréquent d'uriner ; puis vient la douleur le long du trajet des uretères (surtout du côté gauche), tantôt continue, tantôt par crises. Elle est augmentée pendant les règles.

Un symptôme très curieux, souvent rencontré dans les cas associés à une insuffisance rénale, est le dégoût des malades pour l'eau comme boisson.

Le diagnostic peut être fait ou d'après les symptômes mentionnés, ou par l'examen direct, ou par l'analyse des urines. L'examen direct consiste en palpation pelvienne et abdominale. L'analyse des urines est de rigueur. Le poids spécifique est de 1010 à 1015. La réaction est toujours acide, (sauf s'il y a cystite en même temps). Le sédiment contient des urates, de l'acide urique, de l'oxalate de chaux, souvent du pus et quelques épithéliums. Le pronostic dépend de la durée de l'affection et de l'état des uretères.

Ces remarques ne sont pas sans intérêt pour notre étude car elles peuvent servir à différencier la cystite de l'uretérite qui, comme on le voit, lui est voisine par les symptômes.

§ 3. Affections de la vessie.

Plaies de vessie. — Nous ne voulons pas comprendre dans cette étude les troubles vésicaux qui pourraient se produire à la suite de plaies de la vessie. Le siège, la direction de la plaie, la nature de l'instrument vulnérant, la présence d'une collection derrière le pubis, l'issue de l'urine à l'extérieur, coïncidant avec la vacuité de l'organe

constatée par le cathétérisme, sont autant de symptômes qui permettent de préciser le diagnostic.

Rupture de la vessie. — Les ruptures spontanées, ou par choc indirect sur l'organe distendu par exemple n'entrent pas dans le cadre de cette description. La cystite qui n'est alors qu'accidentelle, a une cause trop évidente pour qu'il soit utile de la rechercher.

Corps étrangers. — Il n'en est pas de même des corps étrangers. Mille objets différents peuvent être introduits dans la vessie. Ce sont des projectiles provenant d'armes à feu, des débris de vêtements, des esquilles osseuses ; ce sont des débris d'embryon de grossesse extra-utérine, des aliments en cours de digestion qui peuvent pénétrer dans la cavité par un travail lent de perforation faisant communiquer la vessie avec un organe voisin ; ce sont aussi tous les objets introduits par l'urèthre dans un but chirurgical ou dans un but lascif quand l'état mental du sujet est altéré. Dans tous ces cas, et au bout d'un temps variable, on voit apparaître des désordres dans les fonctions urinaires qui se manifestent par de la douleur et du ténesme vésical, accompagnés parfois d'émission d'une petite quantité d'urine brûlante et légèrement teintée de sang.

Si le corps étranger est extrait à cette époque (et l'on doit toujours en tenter l'extraction) ou s'il peut être expulsé spontanément par l'urèthre dans un effort de miction, les phénomènes aigus ou subaigus du début disparaissent.

Sinon, ils sont remplacés par une inflammation chronique qui présente les caractères de la cystite calculeuse avec tous ses symptômes.

Calculs. — Les calculs vésicaux, comme les corps étrangers, occasionnent généralement de la cystite chronique, quelquefois même de la cystite aiguë avec lésions suppurantes.

C'est là de la cystite vraie dont la cause est nettement déterminée. Il importe donc de rechercher la présence du calcul et de l'extraire.

Affections propres de la vessie. — Ici prend place une discussion très délicate et très problématique de notre étude. Il s'agit de voir s'il peut y avoir cystite simulée dans une affection propre des tissus vésicaux. Cette idée semble en effet contradictoire car il est rationnel de croire que s'il y a altération de la muqueuse vésicale, il y a cystite ; cette cystite est légère, inappréciable même, mais elle existe. Donc, pas d'altération vésicale sans cystite. S'élever contre cette argumentation serait tourner d'une façon oiseuse autour d'un cercle vicieux. Mais sans vouloir associer un gros crédit à nos remarques, il est cependant permis de s'étonner de la spontanéité avec laquelle disparaissent certaines cystites aiguës ou diagnostiquées telles, sous l'influence d'un traitement chirurgical étranger à la vessie, et après avoir épuisé sans résultat sur celle-ci tous les procédés ordinaires de la thérapeutique.

Comment expliquer par exemple qu'en pratiquant la dilatation forcée de l'urèthre les symptômes de cystite disparaissent complètement en 24 heures ?

Il faudrait admettre que malgré l'intégrité constatée de la muqueuse vésicale les lésions catarrhales fussent bien faibles pour s'amender complètement sous l'influence d'une intervention voisine mais non locale. Et pourtant les symptômes sont très évidents : les douleurs extraor-

dinairement intenses, les mictions très fréquentes, le pus en quantité très notable.

Les observations en sont nombreuses, les unes avec guérison complète, les autres avec amélioration considérable.

En voici une de Harvey (*New-York medical Record* mai 1878) qui a été rapportée par M. E. Monod.

OBSERVATION DE M. HARVEY

Miss. L..., blanchisseuse, 33 ans, est prise d'une attaque de cystite aiguë, après un avortement au 3^e mois : douleurs vives avec sensation de brûlure pendant la miction ; urines chargées de muco-pus et de sang ; état général alarmant.

Les traitements ordinaires sont employés vainement contre l'inflammation vésicale, qui tend à passer à l'état chronique. Le symptôme le plus pénible pour la malade consiste dans la grande fréquence de la miction : elle est obligée de se lever toutes les heures pendant la nuit, et n'urine que quelques gouttes à la fois. Le passage de la sonde provoque les plus vives souffrances.

Le docteur Harvey se décide à pratiquer la dilatation forcée de l'urèthre. La dilatation fut portée au point qu'il put introduire le petit doigt dans la vessie. L'exploration de la muqueuse vésicale permit de constater que cette *membrane était souple et exempte de lésions*. L'hémorrhagie fut insignifiante.

Pendant les 5 jours qui suivirent l'opération, tous les symptômes parurent s'aggraver. Ce qui n'empêcha pas M. Harvey de pratiquer au bout de 26 jours, une nouvelle séance de dilatation ; cette fois un soulagement immédiat s'en suivit. La malade marcha dès lors vers une complète guérison.

Il est à noter que, dans ce fait, tous les phénomènes de cystite ont paru céder à la dilatation forcée, que l'on dut, il est vrai, répéter une seconde fois.

Une autre observation publiée par Howe dans le *New-York médical Record* (1875) conclue à la guérison complète d'une cystite très douloureuse datant d'un an, après une seule séance de dilatation forcée du col.

Il y a là de quoi attirer l'attention. Faut-il attribuer ce résultat au repos apporté à l'organe par la libre et facile évacuation des urines chargées du pus? On pourra objecter que la dilatation forcée qui n'est ordinairement pas suivie d'incontinence, ne peut soulager la vessie que bien incomplètement et en tous cas pour bien peu de temps. Il est donc permis de se demander s'il n'y a pas dans ces cas, sinon une cystite simulée, du moins une cystite de nature spéciale.

Néoplasmes de la vessie. — En dehors des tumeurs de la vessie qui ont presque toujours une allure symptomatique bien caractérisée, il y a des cas spéciaux assez exceptionnels où les néoplasmes empruntent aux cystites quelques-uns de leurs caractères habituels. Quand, au lieu de se développer en saillie, la tumeur s'infiltré dans l'épaisseur des parois vésicales, la fréquence des mictions apparaît aussitôt; puis au fur et à mesure du développement de la tumeur l'hématurie habituelle et caractéristique des néoplasmes perd ses caractères cliniques habituels pour emprunter ceux de la cystite, par leur association à la fréquence des mictions et à la purulence des urines.

M. le professeur Guyon, dans une de ses dernières leçons à l'hôpital Necker sur le « diagnostic différentiel de certaines formes de la cystite et des néoplasmes de la vessie », cite l'observation bien curieuse d'un malade présentant toute cette série de phénomènes. La voici résumée.

« Ce malade, âgé de 63 ans, possède à son actif de bons

antécédents héréditaires et personnels ; son passé urinaire se réduit à une blennorrhagie contractée à 23 ans, ayant évolué en six semaines.

Le début de l'affection remonte à dix-huit mois. Celle-ci s'est manifestée par de la fréquence des mictions sans besoins impérieux. Huit mois plus tard vint se joindre la douleur des mictions ; cette douleur qui s'exaspérait à la fin des mictions siégeait dans la région sus-pubienne et au périnée ; en dehors des mictions elle se localisait à l'anus. Ces deux symptômes subissant parallèlement une intensité croissante, le malade se rendit auprès d'un médecin qui pratiqua l'exploration de la vessie à l'aide d'un instrument métallique. Cette exploration fut le point de départ d'une hématurie à prédominance terminale d'abord légère, puis de plus en plus forte. Enfin, il y a trois mois seulement la purulence des urines est venue compléter la triade symptomatique de la cystite vraie. Dès lors l'association morbide de cette affection était constituée avec ses caractères cliniques ordinaires.

Une fois installé chez ce malade, ce cyndrome n'a jamais subi aucune rétrocession en dépit de tous les traitements locaux institués dès le début de la maladie. C'est à ce moment que le malade se présente à la consultation, le 28 février. La santé est satisfaisante, l'appétit conservé, pas d'amaigrissement notable. Les troubles urinaires sont les mêmes que précédemment, mais plus accentués. La palpation ne révèle aucune altération des reins ni des glandes génitales ; le canal facile à parcourir ; la vessie très sensible à la distension ne peut supporter que 20 grammes de liquide ; le toucher rectal montre une prostate peu volumineuse et souple ; la palpation hypogastrique de la vessie est négative. Combinée au toucher rectal,

cette palpation fait percevoir une augmentation de volume de la moitié droite de la vessie, très tendue, d'une sensibilité anormale et séparée des parties saines par un rebord dur. Enfin les urines sont alcalines avec dépôt glaireux purulent et rougeâtre, très adhérent au fond du vase. Les instillations au nitrate d'argent ne firent qu'exagérer l'état douloureux du malade, au point qu'il sollicite, même au prix d'une intervention sanglante, un traitement capable d'atténuer l'intensité de ses souffrances.

L'opération fut pratiquée le 27 mars 1895. Après incision du périnée, le doigt introduit par l'urèthre postérieur dilaté rencontra un néoplasme infiltré dans la moitié droite de la vessie, avec bords en saillie. Par la boutonnière périnéale, on établit un drainage avec une grosse sonde de De Pezzer et aujourd'hui, 2 avril, l'amélioration est déjà considérable ; les urines sont presque claires, plus de ténesme rectal, et une à deux fois en vingt-quatre heures seulement surviennent quelques douleurs vésicales peu durables. »

Comment donc dans ces cas de néoplasmes établir le véritable diagnostic ? Une symptomatologie d'ensemble serait absolument impuissante car elle conduirait à l'existence d'une cystite ; elle devient décisive au contraire si l'on envisage les symptômes dans leur mode d'apparition et de succession. Si nous reprenons en effet les principaux traits de l'observation, nous remarquons : que la fréquence des mictions apparaît seule 7 ou 8 mois avant la douleur, que l'hématurie apparaît à son tour, et que tout à fait tardivement de pus se révèle dans les urines. C'est là l'évolution symptomatique des tumeurs vésicales, contrairement à celle des cystites dans lesquelles l'association des phénomènes se présente dès le début.

Il faut tenir compte en outre de la marche toujours progressive de l'affection rappelant l'évolution inexorable des lésions organiques, de l'inefficacité d'un traitement qui, dans la grande majorité des cas de cystite, est suivi d'un bénéfice au moins temporaire, et le diagnostic de néoplasme vésical tend alors à effacer complètement celui de cystite.

§ 4. Affections de l'urèthre.

Chez l'homme. — Avant de prendre chaque affection de l'urèthre en particulier, citons deux principes que M. Reliquet a érigés en lois et qui nous feront bien comprendre le retentissement des affections uréthrales sur la vessie, d'après leur siège.

Voici ces lois :

1° « Lorsqu'il y a une cause d'irritation (infectieuse ou non) située entre le collet du bulbe et le col vésical ou dans les organes annexés (glandes périphériques, prostate, vésicules séminales), il y a contracture de la région profonde de l'urèthre avec excitation de la vessie. »

C'est dans ces cas qu'on pourra trouver tous les signes de la fausse cystite.

2° « Quand la cause d'irritation est située du collet du bulbe à l'extrémité de l'urèthre, il y a bien spasme uréthral, mais passivité vésicale », c'est-à-dire que la vessie se laisse dilater sans réagir douloureusement.

C'est ici qu'est vraie la dissociation de sensibilité de la vessie que nous avons étudiée plus haut d'après les principes énoncés et professés par M. Guyon.

Il ne faut pas oublier que les causes d'irritation siégeant dans la partie antérieure de l'urèthre se compli-

quent rapidement de lésions dans l'urèthre profond (prostatites en particulier) et alors on a à la fois contracture vésicale et uréthrale. Ainsi certains de ces cas sont considérés comme rétrécissements de l'urèthre compliqués de cystite. Un simple débridement du méat peut alors guérir à la fois et le rétrécissement et la cystite supposée.

MALFORMATION DE L'URÈTHRE. — Voici une observation de M. Reliquet. (*Les glandes de l'urèthre*), qui vient tout à fait confirmer ce que nous venons de dire.

OBSERVATION DE M. RELIQUET

M. D..., quarante ans, vient me consulter en juin 1889 ; se plaint d'un écoulement urétral abondant qui tache son linge par de larges taches jaunes. A une très grande difficulté pour uriner ; urine lentement avec efforts. Après la miction, il s'écoule toujours du liquide par le méat. Eczéma du gland qui est rouge, gonflé, très induré dans l'étendue de plus d'un centimètre autour du méat. Rougeur de la muqueuse du prépuce. Par l'érection et le coït, il y a de fréquentes érosions dans le sillon préputial de la base du gland.

» Méat placé très haut sur le gland, ne laissant passer que le n° 17 sans serrer la bougie.

» Le cul-de-sac urétral en arrière de la commissure postérieure du méat est très profond, plus d'un centimètre ; la muqueuse y saigne au moindre contact du stylet.

» Au toucher rectal : prostate grosse ayant latéralement des saillies demi-molles, dépressibles, sans trace de dureté. Pendant le toucher, il sort par l'uretère un liquide opalin, sans pellicules jaunes ou blanches, presque transparent. Le malade relevé, ce liquide coule de l'urètre en assez grande abondance.

» Le prépuce me semble bien un peu étroit, le malade m'affirme qu'il n'en éprouve aucune gêne pendant le coït. Je décide de débrider d'abord le méat, quitte à débrider le prépuce ensuite.

» Ce malade me raconte qu'il est soigné depuis deux ans, qu'on lui a fait de la dilatation avec les cathéters Béniqué sans pouvoir dépasser le n° 40. Après ce traitement, il est resté plusieurs mois atteint d'excitation vésico-urétrale, fréquence des envies, douleurs en urinant, etc., *ce que l'on appelle généralement cystite.*

» Ensuite, on lui a fait des instillations argentiques pendant trois mois, deux fois par semaine. Puis, il est resté sans rien faire, se bornant à prendre des balsamiques, tantôt l'un, tantôt l'autre.

» Il y a cinq mois, on lui fit l'urétrotomie interne. A la suite de cette opération, il n'a pas vu sa miction s'améliorer beaucoup. En tous cas, l'écoulement a continué exactement le même.

» Comme je l'ai dit, le n° 17 passe sans être serré dans le méat et arrive facilement dans la vessie. Le n° 20, très serré dans le méat, provoque de la douleur et ne peut pas franchir le collet du bulbe.

» Je fais le débridement du méat. Alors je constate qu'il n'y a pas de fosse naviculaire. La paroi supérieure de l'urètre en arrière du méat présente trois culs-de-sacs valvulaires tournés en avant dans l'étendue de 14 millimètres. Je débri de du méat au frein et malgré cette incision, l'orifice de l'urètre est encore insuffisant. Je débri de en coupant dans le frein. Ainsi l'incision, depuis la commissure inférieure du méat, a 2 centimètres de longueur. Là seulement, j'ai un orifice de l'urètre pouvant recevoir une sonde n° 24. Pendant mon incision, le gland se redresse, ce qui n'arrive jamais dans les cas ordinaires, les deux lèvres de la plaie restent écartées et laissent voir le sillon de la face supérieure de l'urètre en tout semblable à celui de la gouttière d'un hypospade. Cet aspect s'est maintenu après la guérison.

» Aussitôt l'opération, le malade se félicite d'uriner beaucoup plus à la fois et moins souvent. Mais l'eczéma du gland, son induration et l'écoulement de l'urètre ne disparaissent pas. Le prépuce retenant les liquides à la surface du gland, quelques jours après, je fais le débridement du prépuce en enlevant un petit V supérieur. Alors l'eczéma disparut très vite, l'indu-

ration du gland diminue et disparaît le huitième jour. Le gland et le pourtour du méat devinrent absolument souples, mais l'écoulement persista. Cependant il n'est plus le même, il n'arrive plus à l'extérieur par masses faisant de larges taches jaune-vert sur le linge en le gommant. Ce n'est plus bientôt que de petites taches isolées de moins en moins jaunes, d'abord conservant le point jaune central, puis n'étant plus qu'une tache d'aspect bistré avec bords un peu gris. Les taches sont plus nombreuses pendant la marche.

» Dix jours après le débridement du prépuce, je touche la prostate. Elle est bien revenue sur elle-même, il n'y a plus de points demi-mous et surtout la pression du doigt sur ses différentes parties ne fait rien sortir par le méat. Je donne au malade le rhum créosoté. L'écoulement est devenu tout à fait blanc, le coït a lieu sans douleurs et l'écoulement diminue progressivement.

» Quinze jours après le débridement du prépuce, j'ai pu passer facilement, sans rencontrer le moindre obstacle dans l'urètre, les n^{os} 21, 22, et 23 en gomme ; le malade m'affirme qu'on n'avait jamais dépassé le n^o 20 en gomme (ou 40 Beniqué), lesquels franchissaient l'urètre en le faisant souffrir ».

Ici il est certain que les manœuvres de dilatation et d'injections caustiques n'ont eu aucun résultat et ont certainement irrité plus violemment les éléments glandulaires de la prostate. Ces troubles étaient causés par une disposition vicieuse du prépuce et du méat qui avait provoqué un spasme de la région profonde de l'urèthre. De là stagnation et même rétention des produits glandulaires qui ont rendu le traitement nuisible.

Il y a donc, comme on le voit, un intérêt majeur à faire le diagnostic des éléments glandulaires de la prostate avant d'intervenir directement dans l'urèthre.

HYPERTROPHIE DE LA PROTASTE. — Quel est au juste le lien de parenté entre l'hypertrophie de la protaste et

la cystite ? Il est à coup sûr très étroit, mais quant à dire exactement comment la première affection peut causer la seconde, les causes sont trop multiples pour pouvoir être précisées.

Sont-ce, par exemple, les excès de table, surtout de boissons ? la retenue prolongée de l'urine ? les excès vénériens ? Sont-ce encore les refroidissements ?... Et tout cela en dehors de toute prédisposition ?

Il est difficile d'incriminer une cause exacte, et c'est là un point difficile et très obscur de notre travail. Les observations qui ne peuvent avoir de poids qu'avec les pièces en main, sont difficiles à trouver et elles nous font totalement défaut.

Il est hors de doute que les prostatiques soient très fréquemment atteints de cystite. Et cela se conçoit aisément, car ils sont perpétuellement sous l'influence de congestions prêtes à s'exagérer à la moindre cause. Or de la congestion à l'inflammation il n'y a qu'un pas et la distance est bientôt franchie. Aussi la cystite aiguë apparaît-elle avec la plus grande facilité et passe-t-elle avec une facilité non moins grande à l'état chronique, surtout lorsque l'évacuation est imparfaite.

Mais si dans l'hypertrophie de la prostate la cystite apparaît très fréquemment, elle n'est pas constante, malgré les symptômes qui peuvent leur être communs. Et si on trouve chez un prostatique quelques indices douteux et bénins de cystite, il ne faut en tout cas se hâter d'agir directement sur la vessie. Le cathétérisme, par exemple, trop rapidement et inhabilement pratiqué ne manquerait pas de provoquer l'affection dans le cas où il n'y en aurait préalablement aucune trace. Ce serait là des soins préventifs mal entendus.

PROSTATITE AIGUE. — Dans certains cas, la prostatite aiguë, surtout lorsqu'elle est localisée à un lobe glandulaire, peut déterminer des troubles fonctionnels de miction qui touchent de bien près ceux de la cystite. En voici la preuve dans une observation publiée par M. Reliquet.

OBSERVATION DE M. RELIQUET

« En 1884, arrive chez moi, un dimanche, un monsieur âgé de trente à trente-cinq ans, se lamentant beaucoup, souffrant violemment d'envies fréquentes d'uriner, de douleurs en urinant, d'élancement, allant de l'anus à l'extrémité de la verge. Ce malade a subi la lithotritie il y a cinq ans à Vienne ; il allait très bien lorsqu'il a été pris d'écoulement prostatique il y a cinq mois. Depuis quelques jours, une exacerbation avec les symptômes que nous avons indiqués. Il me dit que cela durait depuis plusieurs jours et que personne ne l'avait soulagé. A mon examen du rectum, je constate la tuméfaction localisée semi-fluctuante dans le lobe droit de la prostate, je le comprime, et de suite il sort par l'urètre un bourbillon muco-purulent. La douleur est immédiatement atténuée, la miction qui suivit fut relativement peu douloureuse, et mon succès près de ce malade fut complet : car le lendemain, quand je le vis, il ne souffrait plus du tout. J'étais encore là arrivé juste au moment où l'intervention était possible. »

Le fait le plus singulier, et en même temps le plus important, c'est la rapidité de la guérison qui est presque instantanée dès que le muco-pus épais semblable à un bourbillon, a été évacué. Il nous semble difficile d'admettre ici l'existence conjuguée d'un cystite.

Au bout de trois ou quatre jours, en effet, il ne reste aucune trace ni fréquence de miction, ni douleur en urinant, ni expulsion de muco-pus mélangé à l'urine, ni écoulement en dehors des mictions.

Il s'agit donc là d'une affection localisée de la prostate qui, par la localisation et la marche de la maladie, peut être comparée à un furoncle. Ainsi le contact de l'urine dans l'urèthre au niveau du point malade avec l'orifice de la cavité d'où est sorti ce bourbillon, ne provoque aucune douleur. On est en droit de conclure que cet orifice s'est refermé et il vient naturellement à l'esprit que c'est par l'orifice naturel dilaté du lobule glandulaire que le bourbillon a été évacué.

Dans les prostatites généralisées, l'affection tend toujours à se prolonger dans les tissus voisins, les symptômes plus généraux la rendent moins isolable et il est plus difficile de la séparer de la cystite.

PROSTATITE CHRONIQUE. — On a observé un certain nombre de sujets chez lesquels la prostatite chronique glandulaire avec hypersécrétion coïncidait dans ses exacerbations avec des hémorroïdes. On trouvait chez eux de la fréquence et de la douleur des mictions, une légère hématurie, un liquide prostatique purulent mêlé à l'urine, en un mot des symptômes de cystite ; et pourtant à toutes les fois qu'on se rendait maître de la congestion hémorroïdale il en résultait une amélioration du côté de la prostate.

Voici un fait très caractéristique emprunté à MM. Reliquet et Guépin (*Les glandes de l'urèthre*).

OBSERVATION DE MM. RELIQUET ET GUÉPIN.

29 avril 1881. — « M. V..., trente-six ans, bien constitué, vivant au grand air, marié depuis sept ans, a eu une chaude-pisse il y a seize ans, qui a été guérie rapidement.

» Depuis une dizaine d'années, il a des hémorroïdes qui fluent à peu près tous les mois avec une grande régularité,

Lorsqu'il y a des retards dans ses hémorroïdes, il éprouve des migraines violentes.

» Il y a trois mois, s'aperçoit d'un écoulement blanc par l'urèthre qui gomme le linge ; il n'est accompagné d'aucune douleur. Aussitôt le malade cesse tout coït, se tourmente beaucoup, consulte. On le sonde pour s'assurer qu'il n'y a pas de rétrécissement et on ordonne des injections urétrales qu'il fait lui-même. A la suite de ce traitement, les *mictions sont plus fréquentes, il y a douleur en finissant d'uriner. Au début de la miction il y a souvent un peu de sang.* Les hémorroïdes qui ne fluaient que tous les mois sont *presque* constamment gonflées et fluent bien plus fréquemment depuis ces trois mois.

» Depuis cet état des voies urinaires et des hémorroïdes, c'est-à-dire depuis trois mois, il n'a pas eu de migraine. Pas de constipation habituelle.

» Au toucher rectal : prostate peu grosse, hémorroïdes internes flottantes jusque devant la prostate sont volumineuses, mais peu dures, la partie moyenne est sensible, le toucher de la prostate fait sortir par l'urèthre un liquide hyalin contenant des grumeaux blancs, fermes, assez volumineux. Au microscope : nombreux globules de pus, des sympexions, des spermatozoïdes, de nombreux grains brillants. Un seul spermatozoïde, remue ; quelques vibrions. *L'urine peu chargée est jaune.* Au-dessus des hémorroïdes il y a des matières fécales.

» Je conseille au malade les grands lavements, les suppositoires à la jusquiame, le régime lacté absolu et deux perles de térébenthine par jour.

» *Le 18 mai.* Depuis quinze jours les hémorroïdes ne fluent pas, les masses hémorroidales sortent en allant à la garde-robe et doivent être réduites après. Il n'y a plus d'envies fréquentes d'uriner (deux fois la nuit et quatre fois le jour seulement) ; mais l'envie est toujours impérieuse. Il n'y a eu que deux ou trois fois de la douleur en urinant et encore légère.

» Les urines sont peu chargées d'acide urique.

» Le coït n'est pas douloureux. Au toucher rectal : saillie hémorroidale moins forte, lobes latéraux de la prostate symétrique, un peu tendus. Une légère pression fait sortir un li-

guide lactescent offrant de petits grumeaux blancs. Au microscope : leucocytes, quelques sympexions, pas de spermatozoïdes. On continue les grands lavements. Tous les cinq jours, je fais prendre une dose de 10 grammes de sulfate de soude dans un verre d'eau. Matin et soir, une heure avant le repas, le malade prend un demi verre d'eau de Vichy.

» *Le 13 juillet.* Il n'y a plus aucun écoulement spontané, la pression du doigt sur la prostate ne fait plus sortir aucun liquide. Le malade n'a pas eu de poussée hémorroïdale depuis deux mois. Il continue à prendre du sulfate de soude tous les huit jours et un demi verre d'eau de Vichy tous les jours.

» Depuis 1881 jusqu'à 1893, j'ai vu ce malade à des intervalles de cinq ou six mois. Il a eu des poussées hémorroïdales extrêmement violentes, provoquant des excitations vésico-urétrales, des mictions fréquentes et même un peu douloureuses, mais sans la production de cet écoulement prostatique qui l'avait tant inquiété. Plusieurs fois j'ai dû lui donner de l'hamamelis à l'intérieur qui calmait très vite ses hémorroïdes. Une fois il vint me trouver disant qu'il avait la tête en feu. En effet, il était rouge, turgescant, très agité, s'inquiétant de tout, voyant tout en noir. Il me raconte qu'il n'a pas eu ses hémorroïdes depuis quatre mois. Je lui conseillai de suite de revenir aux petites purgations répétées avec le sulfate de soude ; quelques jours après il allait beaucoup mieux. »

Dans ce fait, l'hypersécrétion prostatique a certainement été provoquée par la congestion hémorroïdale. Mais deux choses sont venues aggraver les symptômes : l'intervention intra-urétrale, et l'absence de tout rapprochement sexuel, qui a déterminé une augmentation de l'écoulement prostatique et une excitation vésicale plus marquée.

Souvent dans la prostatite chronique, particulièrement dans la prostatite sénile, la glande sécrète, et déverse par l'urèthre une assez grande quantité de pus. Rien d'étonnant donc, à ce que cette sécrétion abondante de muco-

pus et de pus, venant de la prostate, puisse entraîner des causes d'erreurs importantes.

Un malade urinant souvent, ayant sa vessie dilatée par la stagnation d'urine, peut avoir dans son vase des urines chargées de pus, sans que celui-ci vienne de la vessie, mais de la prostate. L'urine, en passant dans l'urèthre se charge de pus et l'entraîne à l'extérieur.

Ce fait est démontré par une observation publiée dans les *Leçons* de M. Reliquet (p. 266 et suivantes).

« Lorsque je sondai ce malade pour la première fois, à mon grand étonnement je retirai de l'urine absolument limpide jusqu'à la dernière goutte; l'urine contenue dans le vase étant cependant chargée d'une quantité considérable de pus. Comme le démontre l'observation, ce pus venait entièrement de la prostate. »

On voit le même fait se produire différentes fois, et montrer aussi que le pus venant de la prostate peut, dans une certaine mesure, refluer dans la vessie et faire croire à une suppuration d'origine vésicale.

En effet, il y a des malades chez lesquels les sécrétions prostatiques remontent facilement dans la vessie, et d'autres chez lesquels ce fait ne se produit pas comme dans l'observation que nous venons de rappeler. Cela tient probablement à l'élévation plus ou moins brusque du col vésical au-dessus de la surface prostatique (Reliquet et Guépin).

GLANDES DE L'URÈTHRE. — Les glandes de Cooper, et particulièrement celles qui sont anormalement situées dans les parois de la portion pénienne de l'urèthre, étant le siège d'inflammation aiguë ou chronique, il peut en résulter des phénomènes d'excitation vésicale avec troubles urinaires.

Cette influence des inflammations des glandes de Cooper, a été mise en lumière par MM. Reliquet et Guépin (Faux rétrécissements de l'urèthre, *Progrès médical* 1893) : « Les irritations siégeant dans la portion profonde de l'urèthre, du collet, du bulbè au col vésical, dans les glandes périphériques à cette région ou dans les organes annexes, provoquent l'état spasmodique de la région profonde de l'urèthre avec excitation vésicale. De là des envies d'uriner très fréquentes, avec excitation vésico-urétrale plus ou moins douloureuse. »

Nous n'avons pas d'observations sur ce sujet. Elles seraient d'ailleurs difficiles à établir.

POLYPPES DE L'URÈTHRE. — Les douleurs et l'ensemble des symptômes causés par l'existence de polypes de l'urèthre, offrent parfois une ressemblance assez frappante avec ceux de la cystite.

M. le docteur Goldenberg (*New-York med. Journ.* mai 1892) en rapporte une observation bien probante.

Il s'agit d'un homme de 59 ans, n'ayant jamais eu aucune affection vénérienne, et qui fut pris presque subitement d'une difficulté considérable de la miction. L'urine sortait par très petite quantité en causant au malade une cuisante douleur. Bientôt il y eut une rétention d'urine. Un chirurgien croyant à un rétrécissement, pratiqua l'uréthrotomie interne et externe. Mais les premiers symptômes s'étant reproduits, accompagnés cette fois d'écoulement urétral muco-purulent (sans gonocoques), M. Goldenberg soumit le malade à l'examen endoscopique, et trouva dans la région bulbaire un petit polype rougeâtre, pédiculé, du volume et de la forme d'une moitié de haricot, qui fut aisément arraché de son point d'im-

plantation en poussant simplement le tube de l'endoscope.

La guérison fut immédiate et définitive.

Chez la femme. MALFORMATIONS DE L'URÈTHRE — Chez la femme comme chez l'homme, les malformations de l'urèthre peuvent avoir un retentissement sur la vessie de façon à faire supposer que celle-ci est atteinte d'inflammation chronique.

Nous en donnons ici un exemple extrait des leçons à l'hôpital San Bartholomé par Matthews Duncan (*Medical Times and Gazette*, 1878).

OBSERVATION DE MATHEWS DUNCAN

Une femme vint à nous, souffrant d'une vessie irritable. Elle était obligée d'uriner fréquemment, quelquefois toutes les minutes au prix de douleurs vives. Il ne s'agissait pas d'heures, mais de minutes et elle ne pouvait goûter de repos. En examinant cette femme, nous trouvâmes que l'orifice de l'urèthre n'occupait pas sa situation normale. Elle n'avait pas eu de syphilis, pas d'opération, pas de blessure ; cependant il n'y avait pas d'orifice à l'emplacement de l'urèthre. Un peu sur le côté droit de la situation naturelle de cet orifice, on voyait une très légère rougeur. Un stylet pressé contre cette rougeur pénétra dans la vessie. Nous constatâmes alors que l'orifice externe de cet orifice était rétréci. En examinant la vessie de cette femme, nous ne la trouvâmes pas dilatée ; c'était bien une vessie large, mais aussi large que nous la voyons fréquemment chez les femmes à l'état de santé ; l'urèthre était très élargi, la cavité vésicale ne commençait pas à l'orifice interne de l'urèthre mais bien à l'orifice externe ; il n'y avait plus de canal urèthral.

La vessie n'était enflammée à aucun degré ; elle était souple,

non douloureuse et spacieuse. C'est là un cas très simple. Une petite opération fut faite avec le bistouri pour élargir l'orifice externe de l'urèthre, assez pour permettre d'introduire dans la vessie des sondes n^{os} 15, 16 et 18. Au bout de deux jours, le canal de l'urèthre s'était reformé et à dater du moment de l'opération, la femme fut guérie. Elle reposait la nuit, n'avait plus du tout d'irritabilité de la vessie, et ne se plaignait nullement. Elle demeure guérie.

SPASME DE L'URÈTHRE. — L'observation de M. Reliquet que nous reproduisons plus loin montre à quel point une simple contracture de l'urèthre peut simuler une cystite. Et il nous semble guère possible d'affirmer chez cette malade l'existence d'une lésion inflammatoire de la vessie, car après avoir essayé en vain de calmer la douleur par la thérapeutique habituelle, on pratique la dilatation forcée de l'urèthre, et immédiatement tous les symptômes s'amendent.

OBSERVATION DE M. RELIQUET.

Mme X..., 30 ans, anémique, a eu sa dernière grossesse il y a dix ans. Cette femme souffre depuis huit mois de douleurs extrêmement vives toutes les fois qu'elle urine. A chaque miction il se produit une douleur si vive, qu'il y a cri, et cette sensation cuisante se continue après la miction pendant cinq à dix minutes. Au moment des règles, ces douleursuses épreintes sont encore plus vives.

Les envies d'uriner ont lieu toutes les heures, mais la malade essaie de se retenir le plus possible et boit très peu. Les urines sont acides et à peine troublées par un léger nuage ; à l'examen des parties génitales, on constate un développement variqueux des veines du méat urinaire et un peu de rougeur. L'urèthre donnant la sensation d'un cordon dur sur la paroi antérieure du vagin. L'utérus est sain.

Tous les calmants habituels ayant été employés sans résultat, M. Reliquet chloroforma la malade et fit une dilatation forcée de l'urèthre de plus de 2 centimètres et demi ; le doigt introduit dans la vessie ne fit rien découvrir.

Dès la première miction, la malade constate un changement dans la douleur qu'elle éprouve. C'est une cuisson semblable à celle donnée par une plaie subitement irritée ; mais ce n'est pas cette violente douleur d'épreinte qui arrachait des cris à la malade. Dès que la miction est terminée, la douleur cesse.

Trois jours après, la malade urinait sans douleur, et depuis il n'y a pas eu le moindre trouble dans cette fonction.

Il n'y a pas eu d'incontinence d'urine.

ABCÈS DU SEPTUM URÉTHRAL. — Voici une observation rapportée par M. Launois à la société médicale du IX^e arrondissement de Paris en 1891. C'est un abcès de la cloison vésico-vaginale qui, à son début, alors que la petite masse dure et douloureuse était facilement isolable au palper, semblait se rattacher au trajet urétral plutôt qu'au bas-fond vésical. Cette petite masse dure siégeait à la paroi antérieure du vagin, à quatre centimètres à peu près de l'orifice vulvaire ; sa grosseur était celle d'un pois, elle était très douloureuse à la pression.

« La miction est douloureuse, surtout à la fin. Au bout d'une semaine, les douleurs augmentent et la fièvre apparaît. En écartant les grandes et les petites lèvres, on constate l'existence d'une tumeur volumineuse, occupant la paroi vaginale dans toute sa hauteur. La consistance est celle du bois, et rappelle la dureté de l'infiltration du périnée chez l'homme par l'urine. La cavité vaginale est en grande partie oblitérée par cette tumeur dure et, en aucun point, il n'est possible de déterminer de fluctuation ; fièvre intense. La miction devient d'autant plus difficile que la douleur augmente. Enfin, à l'introduction

de l'index dans le vagin et sous l'influence d'une légère pression, il sort un flot de pus verdâtre par l'urèthre. La malade après cette évacuation se rétablit rapidement. »

Ce qui fait l'intérêt de cette communication, c'est le siège de cette collection purulente, siège qui doit être dans la couche de tissu cellulaire séparant les muqueuses du vagin, de l'urèthre, et du bas-fond de la vessie. Mais là encore pas de cystite.

POLYPES DE L'URÈTHRE. — Les polypes de l'urèthre chez la femme peuvent quelquefois par les douleurs qu'ils accusent rappeler les phénomènes de cystite, surtout quand aucune végétation entourant le méat ne vient aider à découvrir la véritable cause de l'affection.

M. le docteur Delefosse (*Société médicale du IX^e arrondissement, 1892*) a rapporté le cas d'une femme de 25 ans, dont les antécédents ne permettaient pas de faire supposer une lésion chronique de la vessie. Elle se plaignait d'envies fréquentes d'uriner accompagnées depuis quatre ans d'une douleur telle, que cette malade retenait ses envies le plus possible, redoutant le passage de l'urine, qui produisait sur la muqueuse de l'urèthre une sensation de brûlure excessivement intense.

Le méat n'était pas enflammé et ne présentait pas la coloration rouge sang que l'on rencontre ordinairement quand il y a présence de polypes. La bougie exploratrice à boule n'avancait pas au delà d'un centimètre, et elle causait des douleurs telles qu'on dût pratiquer l'examen sous le chloroforme. On constata alors par la dilatation et l'éclairage électrique une muqueuse rouge un peu veloutée et des polypes gros en moyenne comme une tête d'épingle. Le curettage et l'écouvillonnage vinrent à bout de l'affection qui disparut totalement en trois jours.

Avant de terminer ce chapitre sur les polypes de l'urèthre, nous reproduisons une observation rapportée par Matthews Duncan dans ses leçons à l'hôpital San-Bartholomé (*Medical Times and Gazette*, 1878).

Il s'agit d'une malade qui présente les trois symptômes de la cystite : urines troubles, douleur et fréquence des mictions. On pratique l'ablation d'un polype de l'urèthre et la malade guérit aussitôt.

OBSERVATION DE MATTHEWS DUNCAN

M^{me} S..., 50 ans, est mariée depuis trente ans. Elle se plaint de douleurs très vives dans les parties génitales, et de mictions très fréquentes dès qu'elle n'est plus au lit ; l'urine est acide et trouble, densité 1020, pas d'albumine, quelques phosphates.

Sur la lèvre postérieure de l'orifice urétral est attaché un petit polype, rouge, ayant la forme d'un pois ; il est extrêmement sensible. On l'enleva sous le chloroforme à l'aide de ciseaux. La malade resta dans les salles vingt jours après l'opération et ne souffrit pas une seule fois.

§ 5. Organes de voisinage.

Avant d'étudier l'existence de la fausse cystite séparément chez l'homme et chez la femme, examinons comment certaines affections mal définies et difficilement localisables peuvent donner lieu à des altérations de la vessie.

Péricystites. — C'est le genre d'affections généralement désignées sous le nom de péricystites. Nous excluons naturellement de cet examen la péricystite d'origine vésicale qui est d'ailleurs la plus commune. Il va sans dire que si le point de départ de l'affection est la vessie même,

celle-ci est tout d'abord attaquée et ça n'est pas ce dont nous avons à nous occuper.

Nous entendons parler de la péricystite d'origine intestinale ou génitale chez laquelle des adhérences, un foyer purulent enkysté, une tumeur, une perforation vésicale même peuvent s'observer, sans que la cystite n'ait encore fait son apparition. Dans ces cas, fort rares avouons-le, ce sont les organes pelviens ou l'intestin et en particulier le cœcum, l'appendice cœcal, l'S iliaque, les annexes utérins chez la femme, qui sont tout d'abord atteints. Anatomiquement, on peut trouver au voisinage de la vessie une tumeur solide adhérente, un foyer de suppuration enkysté ou communiquant : la lésion est le plus souvent de nature néoplasique ; elle aboutit fréquemment à l'établissement d'une fistule vésico-intestinale.

Cliniquement on constate les symptômes de cystite plus ou moins accentuée, parfois des hématuries ou une pyurie intermittente, l'évacuation de fragments néoplasiques avec les urines ; il existe, au voisinage de la vessie, une tumeur pelvienne accessible au palper abdominal au toucher rectal ou vaginal.

Dans la marche de l'affection, dans l'enchaînement des symptômes, rien de régulier, rien de systématique, et quand on se trouve en présence de ces cas rares, il est bien difficile d'établir un diagnostic.

Nous reproduisons ici une observation, que M. Reymond a publiée in extenso dans un mémoire pour le prix Ciniale, et dont nous avons extrait les passages essentiels pour notre thèse.

OBSERVATION DE M. REYMOND

(Mémoire pour le prix Civiale) (Résumée)

M^{me} J..., 24 ans, entrée le 3 février 1892, salle Laugier, n° 19.

Mariée depuis trois ans. Peu de temps après, très vives douleurs dans le côté droit du ventre; après sept semaines de douleurs croissantes, la malade qui jusqu'alors avait expulsé fréquemment et avec quelque douleur des urines très claires, urine tout à coup des flots de pus.

A son entrée, au toucher vaginal, on trouve dans le cul-de-sac droit une tuméfaction pyriforme qui se prolonge en avant du côté de la vessie. A l'endoscope, muqueuse vésicale normale : sur la paroi vésicale droite, fistule dont on voit sourdre le pus quand on déprime la paroi abdominale. Les urines, purulentes, contiennent le *bacterium coli* commune. Au spectroscope, un peu de sang dans les urines pendant les premiers jours des règles. Etat stationnaire depuis lors : urines toujours purulentes sans cystite.

Nous retrouvons ici des symptômes évidents de cystite : douleurs croissantes, pus dans les urines. Et cependant, absence de cystite constatée à l'endoscope.

Chez l'homme. — Passons maintenant en revue les affection de voisinage particulières à l'homme, qui peuvent faire supposer l'existence d'une cystite. Nous excepterons ici les affections propres à la prostate, qui paraissent se lier plus intimement à l'urèthre, et qui ont été traitées au chapitre précédent.

VÉSICULES SÉMINALES. — M. Guépin, dans sa très remarquable thèse sur la colique spermatique (*De la colique spermatique*, Thèse de Paris, 1894), attire l'attention sur l'analogie de cette affection avec les troubles inflammatoires de la vessie. Au point de vue symptomatologique, il reconnaît trois degrés d'acuité :

« Un homme encore jeune et bien portant, » dit-il, « se présente accusant des troubles de miction peu caractéristiques. Il se plaint d'uriner souvent ; la miction est à la fois impérieuse et douloureuse à la fin. Les urines sont normales ou contiennent un nuage muqueux et parfois du sang. »

Et plus loin, lorsque les symptômes du troisième degré de la colique spermatique se sont accentués, y il a, indépendamment des inflammations antérieures de l'urèthre, une hypersécrétion des vésicules séminales, se traduisant par l'émission, au moment des efforts de défécation, de liquide muqueux ou muco-purulent.

« Bientôt les envies d'uriner fréquentes, impérieuses, se rapprochent de plus en plus ; la douleur lancinante, qui, à la fin de la miction, va de l'anus à l'extrémité de la verge, se continue pendant plusieurs minutes après que l'écoulement de l'urine a cessé.

L'érection devient impossible sans rappeler les souffrances, et même en dehors des mictions, la sensibilité de l'extrémité de la verge est excessive. Les urines sont troubles, sanglantes, parfois avec caillots, surtout après la marche ou la promenade en voiture. Au total, ce sont toujours les mêmes signes, signes d'excitation vésicale et d'état spasmodique de l'organe, plus ou moins intense suivant les cas. » (GUÉPIN, *loco citato*).

Nous citons ici une observation, empruntée à MM. Reliquet et Guépin (*Les glandes de l'urèthre*), où ces phénomènes sont nettement en évidence.

OBSERVATION DE MM. RELIQUET ET GUÉPIN. — *Hypersécrétion glandulaire de la prostate et des voies séminales. — Troubles de miction, état douloureux des voies séminales. — Coût régulier; guérison.*

« X..., trente-deux ans, très bien constitué, tempérament nerveux, me consulte en 1889. Il se plaint de *difficultés pour uriner, de douleurs fréquentes* en urinant et par instant *d'envies très rapprochées*. Il dit être très sujet aux orchites; à différentes reprises, il est resté couché longtemps pour en obtenir la résolution. Pendant ces orchites il a des érections prolongées douloureuses qui deviennent très fatigantes.

» Le méat est placé haut sur le gland sans être étroit; le cul-de-sac en arrière de la commissure inférieure du méat est profond. Le contact du stylet avec le fond du cul-de-sac est très douloureux et donne du sang.

» Au toucher rectal : prostate volumineuse présentant des saillies arrondies de consistance ferme, mais sans dureté. La pression du doigt sur l'organe fait sortir par le méat une grande quantité de mucosités opalines, jaunâtres non transparentes. Le malade étant relevé, l'écoulement continue.

» Une bougie conique olivaire très souple n° 19 passe librement dans l'urèthre.

» Le malade a un écoulement habituel qui gomme le linge; le centre de la tache est jaune. Cet écoulement arrive au méat par petite masses à des intervalles variables; il est très fréquent au moment des garde-robes.

» Le malade dit avoir des alternatives d'excès de coût, avec érections prolongées et d'abstinence pendant une longue période; c'est alors que se produisent les érections douloureuses, de même que le gonflement douloureux des cordons et des épидidymes.

» Il y a une certaine amélioration sous l'influence de grands lavements tièdes quotidiens, de suppositoires à l'iodoforme et à l'extrait de jusquiame.

» Comme l'écoulement ne cède ni aux balsamiques, ni aux préparations de goudron, créosote, etc., j'ai fait le débridement

du méat. Il se produit à la suite une certaine amélioration dans la miction ; l'écoulement diminue, mais toujours le toucher rectal provoque l'évacuation de mucosités.

» Le malade continue ses alternatives d'abus de coït et d'abstinence prolongée et les troubles de la miction reparais-sent en même temps que le gonflement douloureux des testi-cules. Cela dure pendant les années 1890 et 1891.

» Le coït régulier sans érections prolongées était toujours conseillé au malade ; mais je n'étais pas écouté. Malgré l'écou-lement qui, du reste, par moment devenait absolument clair sans traces de pus, je conseillais également le mariage, opinion que combattait le médecin ordinaire du malade, parce qu'il craignait la tuberculose et que dans le sperme examiné au mi-croscope il n'avait pas trouvé de spermatozoïdes.

» Après biens des hésitations, on se décida au mariage ; la période des fiançailles fut très pénible et ce jeune homme eut, d'une façon aiguë, ce que l'on observe souvent en pareils cas. Les cordons et les testicules furent à plusieurs reprises le siège d'un gonflement douloureux qui durait quatre et cinq heures. Une éjaculation amenait le calme.

» Tous les accidents du côté de la miction et des organes gé-nitaux ont disparu depuis le mariage. Le 26 mars 1893 je revois M. X... Il me dit ne s'être jamais aussi bien porté. Il a parfaite apparence. A droite, il y a une légère induration de l'épidi-dyme. A gauche il n'y a rien d'anormal. Le toucher rectal dé-note une prostate de volume normal, à lobes symétriques sans la moindre saillie ou nodosité et la pression du doigt sur la glande ne fait sortir aucun liquide par le méat. »

HÉMORROIDES. — Il n'est pas inutile quand un malade présente des troubles urinaires, de s'informer s'il a des hémorrhôïdes et de s'assurer de leur état congestif.

Nous avons vu plus haut à propos des affections de l'urèthre comment chaque poussée congestive des hémor-rhoïdes réagissait avec une certaine gravité sur les fonc-tions urinaires. Et nous avons cité à ce sujet une observation

d'hypersécrétion prostatique évidemment causée par la congestion hémorroïdale.

Le fait n'est pas rare, et en dehors de cette influence très marquée dans les cas d'intégrité de la vessie et de l'urèthre, beaucoup d'urinaires chroniques qui sont en même temps atteints d'hémorroïdes ont une recrudescence de leurs symptômes urinaires chaque fois que leurs hémorroïdes subissent une poussée congestive.

Il y a là un point auquel on doit songer, car il pourrait être une cause d'erreur. En général d'ailleurs lorsque des hémorroïdes sont fortement accusées à l'anus et au rectum, la vessie et les organes voisins riches en vaisseaux présentent aussi des varices. Rien d'étonnant donc à ce qu'elles se congestionnent en même temps et à ce qu'elles donnent lieu à des phénomènes morbides en rapport avec leur congestion.

Chez la femme. — L'irritabilité de la vessie chez la femme a été bien exposée dans une communication de M. Zuckerkandl au *Club médical de Vienne*, le 9 mai 1894.

« On désigne, dit-il, sous le nom de vessie irritable, une affection caractérisée par le besoin fréquent et intense d'uriner : si l'on vide la vessie avec le cathéter, on constate que la vessie, à la fin de la miction se contracte plusieurs fois spasmodiquement. Ce syndrome peut être produit par des affections inflammatoires de l'urèthre ou de la vessie, mais elle peut se rencontrer aussi sans aucune lésion anatomique des voies urinaires : ce sont ces derniers cas que l'on désigne sous le nom de « nervous bladder ». Chez les femmes, il est très difficile de trouver la lésion qui donne lieu audit syndrome ; il faut dans ce but avoir recours à un examen aussi complet que possible,

gynécologique, cystoscopique, uréthroscopique, ainsi qu'à l'analyse de l'urine. »

M. Zuckerkandl a trouvé dans plusieurs cas de vessie irritable chez la femme une hyperhémie du bas-fond de la vessie et de la partie postérieure de l'urèthre, et il estime que ces hyperhémies localisées sont la cause de l'exagération de l'irritabilité réflexe de muqueuse vésicale. Voici les raisons qu'il donne à l'appui de cette manière de voir : on observe souvent le syndrome de la vessie irritable comme une conséquence passagère d'une congestion des organes génitaux, par exemple à l'occasion des règles, après le coït, dans les différentes périodes de la grossesse, à l'occasion de myômes de l'utérus, etc. ; ce fait tient à ce que la vessie de la femme est un organe beaucoup plus mobile que celui de l'homme, à cause de son contact intime avec les organes génitaux, soumis à tant de modifications physiologiques et pathologiques.

Il résulte de ces considérations que le traitement de la vessie irritable chez la femme doit viser surtout les altérations génitales dont elle dépend.

Voyons maintenant quels sont les organes qui sont susceptibles de causer chez les femmes des troubles urinaires du côté de la vessie.

UTÉRUS ET SES ANNEXES. — L'utérus et ses annexes peuvent donner lieu dans leurs affections à des symptômes de cystite. M. Reymond dans son mémoire pour le prix Ciniale (1892-1893) en a rapporté plusieurs observations que nous citerons au cours de cette discussion.

En exposant la pathogénie des cystites, nous avons rapporté parmi les différentes théories, expliquant la réaction d'une affection éloignée sur la vessie, celle de l'infection

à travers les parois. Beaucoup d'observations ont démontré cette théorie,

Prenons par exemple une des affections les plus communes de l'utérus, la métrite. Il est évident qu'à la longue cette métrite par infection à travers les tissus pourra faire naître dans la vessie des phénomènes de cystite. On pourra nous objecter que là alors nous serons en contradiction avec l'idée même de cette thèse, car s'il y a symptômes il y aura aussi cystite vraie. En effet, et il serait futile d'émettre le contraire. Mais ce sera alors une drôle de cystite que celle qui, en dépit de tout traitement, subsistera en présence de la métrite, et puis disparaîtra en même temps qu'elle. Si nous ne devons pas la considérer comme telle dans le traitement on est au moins autorisé à mettre sa spécificité en doute puisque en disparaissant spontanément avec sa cause elle ne laisse après elle aucune altération anatomique de la muqueuse vésicale

Voici d'ailleurs une observation publiée par M. Reymond dans son mémoire, qui met ces faits en évidence. Chez cette malade atteinte de métrite et de cystite consécutive, la cystite était l'affection prédominante.

Après avoir épuisé sans résultat tout traitement direct, on pratique le curettage de l'utérus, et aussitôt la cystite disparaît.

OBSERVATION PUBLIÉE PAR M. REYMOND

(Prix Civiale).

Le 19 mai 1892, entre à la salle Laugier, lit n° 24, à Necker. Mme Sophie G..., lingère, âgée de 26 ans.

Cette malade a été réglée à 17 ans, Elle s'est mariée à 23 ans ; à ce moment elle a eu des pertes blanches assez abondantes.

A 24 ans elle eut sa première et dernière grossesse, l'accouchement fut normal.

C'est quinze jours après cet accouchement que la malade fut brusquement prise de très vives douleurs dans le bas-ventre ; en même temps la température montait à 41°. Depuis cette époque, c'est-à-dire pendant deux ans, les symptômes généraux ont disparu, mais les symptômes locaux ont toujours persisté ; les douleurs dans le bas-ventre existent spontanément, elles sont exagérées par la marche, la fatigue. Il y a trois mois, sans jamais avoir été sondée, la malade éprouva des phénomènes de cystite qui ne l'ont pas abandonnée depuis ce moment : urines troubles, fréquence des mictions, peu de douleurs en urinant.

A l'entrée dans le service, le toucher indique un col très volumineux, déchiqueté, entr'ouvert, les culs-de-sac sont libres. Au spéculum on voit le col gros, rouge, entr'ouvert. La malade a en moyenne 40 mictions par jour. Chaque miction est peu douloureuse. Premier besoin d'uriner pour 20 grammes de liquide ; 50 grammes de liquide provoquant la douleur. Les urines contiennent du pus.

Le 24 mai, nous fîmes le curettage de l'utérus.

Les suites opératoires furent normales, la température est de 37°8. Les phénomènes de métrite disparurent ; la malade n'éprouvait plus aucune douleur abdominale lorsqu'elle quitta Necker 10 jours après le col était de couleur normale, il n'existait plus d'écoulement.

Quant aux phénomènes de cystite, ils commencèrent à se modifier le lendemain même de l'opération ; en huit jours le nombre énorme des mictions diminuait régulièrement jusqu'à devenir normal ; les urines devenaient claires ; il n'existait aucun symptôme de cystite au moment du départ de la malade.

Voici maintenant une seconde observation du même auteur. Les symptômes de cystite sont dus ici à une métrite et à une salpingite concomitantes. On pratiqua le curettage utérin, sans que cette opération n'ait d'effet

apparent sur les phénomènes de cystite. On pratiqua ensuite l'ablation de la salpingite et cette fois ces phénomènes disparurent.

OBSERVATION DE M. REYMOND

(Prix Civiale).

M^{me} Louise B..., entre le 7 mai 1891 à Bichat dans le service de M. Terrier.

Les antécédents héréditaires de la malade sont sans intérêt. Réglée à 13 ans; règles régulières et d'une durée moyenne de 4 jours. A 24 ans, elle se marie, à 25 ans elle fait une fausse couche. Les débuts de la maladie remontent à un an; à ce moment la malade fut prise de vives douleurs dans le bas-ventre, avec irradiations dans la région lombaire. Peu de temps après le début de ces symptômes, la malade s'aperçut qu'elle souffrait à la fin de chaque miction, que les mictions devenaient fréquentes, que ses urines étaient troubles et laissaient un dépôt au fond du vase.

A l'entrée à l'hôpital. Col de nullipare. Par l'orifice étroit s'échappe un bouchon muco-purulent. Le col utérin est en rétroflexion et rétroversion réductible. Les annexes du côté droit forment une tuméfaction difficile à apprécier. Du côté gauche les annexes sont encore moins perceptibles. L'hystéromètre n'entre que ployé à angle droit et donne une profondeur de 6 centimètres. Du côté de la vessie les symptômes fonctionnels sont très accentués, les urines ont microscopiquement un aspect purulent, leur examen microscopique n'a pas été fait.

Curetage le 11 mai. L'opération et ses suites sont régulières et sans élévation de température. Par suite, la malade continue à perdre un peu en blanc, ses annexes restent douloureuses. Du côté de la vessie les symptômes physiques restent les mêmes, la malade souffre même davantage au moment d'uriner.

Laparatomie le 7 juin. A droite on trouve une périsalpingite

très étendue, ayant constitué des adhérences de la trompe avec les organes avoisinants et entre autres avec l'intestin grêle. Cette pelvi-péritonite n'existe pas du côté gauche, où les annexes se laissent plus facilement enlever. A droite l'ovaire est scléro-kystique, la trompe est oblitérée. A gauche le pavillon de la trompe est perméable.

A la suite de l'opération les symptômes du côté de la vessie ont disparu. Nous recevons le 19 août 1892 des nouvelles de la malade : « Mes urines, dit-elle, n'ont pas cessé d'être claires depuis la seconde opération ; je n'urine plus souvent comme autrefois, et ne ressens aucune douleur au moment d'uriner. »

L'observation qui va suivre démontre encore que les phénomènes de cystite dus à des lésions de voisinage peuvent disparaître avec celles-ci. Il s'agit d'une malade atteinte de salpingite chronique avec poussée aiguë. Disparition des phénomènes de cystite après l'ablation des annexes du côté gauche.

OBSERVATION DE M. REYMOND

(Prix Civiale.)

Mme Maria L..., âgée de 37 ans, entre le 22 juillet dans le service de M. Terrier.

Les antécédents personnels sont les suivants : A 14 ans, premières règles, régulières et non douloureuses. A 27 ans, elle se marie. A 28 ans, premier accouchement. A 30 ans, fausse couche de 3 mois. A 32 ans, fausse couche de 7 mois. A 34 ans fausse couche de 6 mois.

C'est à la dernière fausse couche, il y a 3 ans que remonte le début de la maladie. A ce moment, elle eut de très abondantes pertes qui nécessitèrent son séjour pendant six semaines dans un service de médecine. Depuis cette époque, elle souffre toujours du côté gauche. Les règles sont toujours régulières, mais plus rapprochées que par le passé ; les deux dernières menstruations n'ont duré qu'un jour et ont été peu abondantes. Au mo-

ment des dernières règles, il y a trois semaines, la malade a eu des douleurs lancinantes, des vomissements, des symptômes généraux.

Du côté de la vessie, des symptômes fonctionnels se sont montrés depuis longtemps déjà, et suivent une marche parallèle à celle de la salpingite. Au moment de la dernière poussée, ces symptômes se sont fort accentués ; la malade urinait à chaque instant, et les douleurs à la fin de chaque miction étaient des plus vives.

A son entrée dans le service, la palpation fait reconnaître une masse dans la fausse iliaque gauche. Au toucher on trouve un col extrêmement déchiqueté, entr'ouvert, regardant en arrière. Le corps de l'utérus est en rétroflexion, la tuméfaction a la forme d'une poire dont le fond s'appuie sur la fosse iliaque et dont la queue est à l'utérus. A droite on ne sent rien.

Laparatomie le 6 août. De nombreuses adhérences existent à gauche dans le petit bassin, en particulier avec l'épiploon et l'anse oméga. Une partie de l'épiploon est réséquée ; les annexes du côté gauche enlevées, celles du côté droit sont laissées en place.

Les suites opératoires sont normales, mais la fréquence des mictions et les douleurs en urinant disparaissent assez rapidement et ne se reproduisent plus.

Dans une autre observation, citée aussi par M. Raymond, l'opération donne des résultats identiques dans un cas de fibrome utérin accompagné de métrite. L'hystérectomie pratiquée, les symptômes de cystite s'effacent aussitôt.

Il est à remarquer que dans ces différentes observations, aucun des malades n'avait jamais été sondé, et n'avait jamais présenté de lésions inflammatoires de l'urèthre ni du rein. Il faut donc rejeter toute cause d'infection pouvant provenir des voies urinaires. D'autre part l'examen bactériologique a montré dans la plupart

de ces cas que le même micro-organisme existait dans la vessie d'une part, dans les organes pelviens lésés d'autre part. Tout accident vésical disparaissant avec l'affection primordiale, c'est là une sorte de suintement infectieux qui se produisait à travers la vessie sans en attaquer anatomiquement les tissus.

KYSTES DE L'OVAIRE. — Il est une autre cause de fausse cystite causée par une affection des organes de voisinage. Elle existe dans les rapports des kystes de l'ovaire avec la vessie.

Ce cas est exceptionnel, et quand on compare les nombreuses observations de kystes de l'ovaire avec les antécédents des malades, on est même frappé du peu de retentissement de la tumeur sur le fonctionnement normal de la vessie. Et pourtant les troubles vésicaux existent. Ils existent même au point de causer aux malades, une gêne excessive.

Je suppose par exemple, qu'au lieu de se développer sur un des côtés du bassin, la tumeur se développe entre les deux feuillets du ligament large (kyste para-ovarien) ; elle vient alors se mettre en rapport direct avec la portion latérale ou postérieure de la vessie, et celle-ci se trouve comprimée.

Dès lors apparaissent une série de troubles vésicaux.

Les mictions peuvent venir d'une fréquence extrême, la malade ne pourra retenir son urine plus de quelques heures et son sommeil sera fréquemment interrompu.

Par contre, un déplacement de la tumeur peut s'opposer par compression au libre écoulement de l'urine et on voit apparaître des phénomènes de rétention qui s'accompagnent de douleurs de la miction avec propagation du côté des lombes.

Ce sont là des désordres purement mécaniques, mais qui n'en peuvent pas moins, surtout s'ils occasionnent des troubles de l'urine, rappeler ceux de la cystite.

La confusion sera d'autant plus possible que si le kyste vient à s'ouvrir dans la cavité vésicale, le liquide épanché peut contribuer à troubler l'urine. L'examen du liquide expulsé par l'urèthre sera là d'une grande utilité pour aider le diagnostic.

Il est à noter d'ailleurs que dans les observations publiées sur ce sujet, on ne parle qu'accessoirement de la cystite ou des envies d'uriner fréquentes qui succèdent à la communication. Ces symptômes de cystite sont dus à la quantité des matériaux kystiques entrés dans la vessie et non à l'irritation inflammatoire dont elle serait le siège.

En tous cas, lorsque le liquide a été complètement évacué, la vessie ne semble pas avoir subi secondairement d'altération par suite du passage des matériaux du kyste.

§ 6. Affections du système nerveux.

Les organes urinaires sont assez fréquemment, dans l'évolution des maladies du système nerveux, le siège de troubles très-divers quant à leur nature, leur siège et l'intensité avec laquelle ils se présentent. Etudions d'abord ces troubles dans les maladies du système nerveux en général, quitte à les examiner spécialement ensuite dans l'ataxie locomotrice, où ils sont plus accusés.

Maladies du système nerveux. — Pour Monsieur Ch. Féré (*Archives de neurologie*, 1884), les troubles urinaires peuvent porter sur les fonctions de sécrétion ou d'excré-

tion, sur la sensibilité, ou enfin ils consistent en phénomènes de réaction, inflammation d'une intensité et d'une étendue variable.

Les troubles de sécrétion ont peu à voir avec la cystite, et nous nous arrêterons tout d'abord aux troubles d'excrétions. Ils sont de deux sortes : la rétention et l'incontinence. Que cette incontinence soit consécutive à des myélites aiguës à la suite de traumatismes de la moëlle, ou qu'elle soit accidentelle et due au tabès, à certains cas de paralysie générale des aliénés, à des tumeurs cérébrales, elle est habituellement inconsciente et indolore. Mais il arrive aussi que la miction, au lieu d'être inconsciente, est simplement involontaire, c'est-à-dire que la sensation de besoin est à la fois impérieuse et pénible et que le malade sent le besoin d'uriner sans pouvoir le contenir.

La sensibilité est aussi atteinte. Quand il n'y a pas anesthésie, il y a dysesthésie, c'est-à-dire sensibilité douloureuse de la vessie et de l'urèthre que l'on observe quelquefois dans l'hystérie et dans l'astaxie locomotrice en particulier, soit spontanément, soit pendant la miction.

« Cette dysesthésie peut se traduire de différentes façons :

1° Tantôt il y a simple irritabilité réflexe de la vessie, les besoins d'uriner sont fréquents, la vessie n'a pas le temps d'arriver jusqu'à l'état de distension moyenne, que déjà la contraction réflexe se produit ; 2° tantôt le besoin est non seulement fréquent, mais il s'accompagne d'une sensation douloureuse ; et, quand il est satisfait, une contraction douloureuse est ressentie au niveau des sphincters : il y a ténésme ou spasme douloureux. Ces différentes formes peuvent se rencontrer dans le nervosisme aigu ou chronique, dans la neurasthémie, l'irritation spinale, la

méningite spinale, l'ataxie locomotrice. » (Th. Fléré. *Troubles urinaires dans les maladies du système nerveux*).

Il convient aussi de noter les hémorrhagies vésicales et les mictions sanguinolentes qui s'observent dans l'hystérie et le tabès.

Ataxie locomotrice. — Etudions maintenant parmi les troubles urinaires de l'ataxie locomotrice ceux qui se rapprochent le plus de notre question. Presque tous les ataxiques ont à une époque quelconque de leur maladie des troubles de miction. Nous venons de voir comment, dans les maladies nerveuses en général, l'anesthésie de la vessie et de l'urèthre pouvaient déterminer la rétention ou l'incontinence, avec fréquence exagérée des mictions. Le tabès n'échappe pas à ces accidents. D'autre fois une sensibilité exagérée et anormale peut atteindre la vessie. C'est elle qui donne cette sensation de pesanteur, de tension continuelle dans le bas-ventre, ces besoins fréquents et irrésistibles de miction en dehors de toute complication inflammatoire. Chez certains sujets, les phénomènes douloureux de la vessie ou de l'urèthre, au lieu d'être continus se présentent sous forme de crises. Ce sont ces crises que Charcot a décrites sous le nom de douleurs fulgurantes de l'ataxie.

« Les crises vésicales sont caractérisées par des douleurs d'intensité variable siégeant dans la profondeur de la région hypogastrique ou au-dessus du pubis; elles s'accompagnent de besoins fréquents d'uriner, d'épreintes vésicales, de ténésme extrêmement pénible. Quelquefois les douleurs s'irradient dans la direction des nerfs sciatiques, et lorsqu'elles offrent le caractère térébrant, elles

ne sont pas sans analogie avec les douleurs du cancer de la vessie. » (C. Féré).

L'hématurie vient souvent compléter ces crises vésicales. La rétention et l'incontinence apparaissent enfin dans leurs formes les plus variées ; la miction offre alors les difficultés et les caprices propres aux prostatites et aux cystites vraies.

En résumé, les troubles des voies urinaires dans l'ataxie locomotrice peuvent apparaître dès le début, quelquefois même avant la période des douleurs fulgurantes. Ils peuvent disparaître aussi vite qu'ils sont apparus, comme ils peuvent au contraire persister, et déterminer par la suite des troubles inflammatoires de la vessie et du rein constituant les causes de mort les plus fréquentes du tabès.

Ils ont donc une valeur pronostique très variable. En est-il de même de leur valeur diagnostique ? et peut-on reconnaître l'ataxie locomotrice à la seule présence des symptômes urinaires ? Nous n'osons répondre oui, malgré l'affirmation de M. Geffrier. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'il est des sujets qui présentent des troubles de la miction, dont les voies urinaires sont intactes ; ce sont des « faux urinaires » comme dit M. Guyon, et les troubles dont ils sont affectés reconnaissent pour cause une affection du système nerveux ; mais il reste à chercher, en s'aidant de la connaissance des associations symptomatiques, de quelle affection spéciale il s'agit.

Et, ici plus qu'ailleurs encore, il serait de toute importance d'établir un diagnostic, en évitant autant que possible l'exploration directe, qui dans les mauvaises conditions trophiques où se trouvent les ataxiques, pourrait leur être très préjudiciable.

Neurasthénie. — Nous avons vu plus haut l'influence sur la miction de certaines affections médullaires telles que l'ataxie et la sclérose en plaques. Examinons maintenant les troubles urinaires qui dérivent de la neurasthénie : hystériques et dégénérés.

Chez ces malades, les symptômes offrent des variétés d'association qui diffèrent presque avec chaque sujet. En effet, il ne s'agit pas chez eux d'une lésion anatomique qui présenterait alors une symptomatologie régulière, mais bien d'une lésion physiologique dont les manifestations varient avec l'impressionnabilité du sujet. En général, on observe chez eux deux ordres de troubles fonctionnels : la douleur en urinant et la difficulté des mictions d'où découle la fréquence. Mais ces troubles sont loin d'être toujours associés.

Au premier examen, en corroborant d'une part la douleur périnéale et hypogastrique, accusée par bien des malades, la pollakiurie d'autre part qui consiste en mictions, peu abondantes bien entendu, mais répétées en moyenne une fois par heure, on pourrait supposer une cystite. Mais si on pousse plus avant l'interrogatoire on apprend qu'il y a aussi troubles dans les fonctions génitales, retard de la miction (impossibilité d'uriner dès le début), interruption du jet de l'urine, etc. ; on apprend aussi que cette pollakiurie est presque exclusivement diurne, et surtout que les douleurs, qui sont continues, ne coïncident nullement dans leurs exacerbations avec les efforts de miction. Ce sont là des caractères qui ne sont point du tout en rapport avec ceux de la cystite, et qui décèlent tout de suite la neurasthénie, l'hystérie, la dégénérescence. Ces malades en ont d'ailleurs les stigmates : anesthésie pharyngée chez les uns, troubles sen-

sitifs, crises, sensation de boule, rétrécissement du champ visuel, etc., chez les autres. Mais tout cela ne saute pas de prime abord aux yeux, et il importe en présence de ces malades comme en toute autre circonstance analogue de compléter l'examen anatomique par l'examen physiologique, ce qui est de toute importance en clinique.

Voici une observation qui a été publiée par M. J. Janet dans son travail sur les « Pollakiuries nerveuses et leur traitement par la dilatation progressive de la vessie ». Elle montre combien sont fréquentes les erreurs de diagnostic dans ces cas de fausses cystites.

OBSERVATION DE M. J. JANET

Mme C..., 48 ans, famille nerveuse, a uriné au lit jusqu'à 6 ans, aucune maladie jusqu'à l'âge de 33 ans, elle a eu un enfant à 25 ans. Elle n'a jamais été soignée pour aucun accident utérin.

A l'âge de 33 ans, elle commença à uriner fréquemment d'abord le jour seulement, puis le jour et la nuit ; l'urine restait absolument claire. Elle consulta, on la soigna pour une cystite et on lui fit des injections vésicales irritantes probablement de nitrate d'argent. L'état de la malade ne fit qu'empirer, elle consulta un autre docteur qui lui ordonna le repos. Elle resta cinq mois au lit ; pendant cette période elle alla mieux, mais les symptômes reprirent aussitôt qu'elle se leva. Elle consulte un autre médecin qui admet une origine utérine à cette pollakiurie et la traite par des tampons vaginaux à la glycérine ; un autre revient au traitement vésical et fait des instillations, résultat déplorable. La malade à cette époque urinait 50 fois par jour et 6 fois par nuit, et depuis 7 ans elle est restée dans le même état malgré les traitements énergiques qui lui ont été appliqués.

Ces derniers traitements ont consisté : 1° à lui faire une incision du col de l'utérus pour obtenir l'élargissement de l'ori-

fice ; 2° à lui faire subir un long traitement électro-thérapique ; 3° à pratiquer l'ablation de l'utérus et des deux ovaires,

Tous ces traitements et opérations ont été pratiqués par nos maîtres, médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris. Le résultat de ces traitements consciencieusement suivis par la malade pendant 15 ans fut complètement négatif ; quand elle vint me trouver en juillet 1894, elle urinait toujours 50 fois par jour et 6 à 10 fois par nuit, comme au début de son affection.

La pollakiurie était douloureuse, par la persistance de l'épreinte vésicale après la miction, la malade accusait une envie d'uriner continuelle, nullement soulagée par la miction. Cette affection la condamnait au séjour indéfini à la chambre, elle ne sortait presque jamais.

Je fis l'examen de l'urine qui était absolument claire et normale, je mesurai la capacité vésicale qui n'était que de 400 grammes.

Je proposai aussitôt à cette malade la dilatation progressive de la vessie ; elle accepta en jurant que ce serait sa dernière tentative, et que si ce traitement échouait, elle renoncerait définitivement à se soigner.

Ce traitement dura de juillet à novembre 1894, je lui fis pendant ce laps de temps 26 séances de dilatation d'abord quotidiennes, puis tous les 2 jours, puis 2 fois par semaine, puis enfin une seule fois par semaine. Les quantités injectées se sont élevées progressivement et sans forcer aucunement la vessie de 100 grammes à 600 grammes ; la malade retenait cette injection d'abord pendant un quart d'heure, puis pendant une demi heure et ainsi de suite jusqu'à deux heures. L'amélioration des symptômes fut progressive, les mictions restèrent d'abord fréquentes, mais l'envie d'uriner disparut entre les mictions, puis les envies s'espacèrent, et, à la fin de novembre 1894, elles ne se reproduisirent plus que 4 à 5 fois par jour et une fois la nuit.

Depuis, la guérison s'est maintenue, nous avons revu cette malade il y a quelques jours, elle n'urine plus que 3 fois par jour et une fois par nuit, souvent même elle ne se lève pas du tout pendant la nuit.

Ce traitement, d'observation toute récente, consiste à remplir la vessie d'eau boriquée et à observer les ascensions manométriques produites sous l'influence des contractions vésicales. Ce procédé est, comme on le voit, d'une grande simplicité et n'est pas sans influence sur la pollakiurie névropathique, qui est une affection durable et douloureuse au point de passer à l'état de véritable infirmité.

Cystalgie. — Il est une autre affection vésicale qui, par la douleur aiguë et prolongée qu'elle occasionne, et aussi par les troubles de la miction qu'elle présente souvent peut faire penser à la cystite. Je veux parler de l'affection purement nerveuse à laquelle on a donné le nom de cystalgie.

M. le Docteur Gergaud, dans sa thèse de doctorat en 1882 divise les cystalgies en trois groupes :

Cystalgie idiopathique.

Cystalgie symptomatique d'une lésion éloignée.

Cystalgie symptomatique d'une lésion vésicale.

Ces deux dernières sortes de cystalgie se comprennent aisément et ont été étudiées antérieurement dans la description des organes urinaires.

Mais pourquoi ne pas admettre aussi la cystalgie idiopathique ?

La pathologie générale nous montre à tout instant que les viscères peuvent être le siège de phénomènes douloureux indépendants de toute lésion matérielle ; pourquoi la vessie ferait-elle exception ? Les névralgies viscérales (gastralgie, entéralgie...,) sont chose bien commune. Les points névralgiques du col de l'utérus, du méat urinaire chez la femme, ont été observés ; les élancements douloureux à l'anus chez les hémorroïdaires ne sont pas

rares ; on arrive bien dans tous ces cas, par un examen attentif à préciser le siège de la douleur, mais on ne trouve pas toujours à point nommé une lésion explicative.

Pourquoi n'en serait-il pas ainsi de la vessie ?

Gosselin discutant un jour le diagnostic d'un homme présentant des phénomènes de cystite disait : « Si cet homme n'a pas de rétrécissement ni d'hypertrophie des lobes latéraux de la prostate, si enfin il n'a pas de calcul, pourquoi donc a-t-il une cystite, pourquoi accuse-t-il des douleurs si vives ?

« Je sais bien qu'on peut avoir quelquefois une cystite d'emblée, rhumatismale ; notre homme n'est pas un rhumatisant.

« Je me suis demandé s'il n'était pas atteint de cette affection décrite, il y a une vingtaine d'années, par M. Mercier, sous le nom de valvule musculaire, et qui consiste dans l'hypertrophie des fibres lisses qui entourent le col de la vessie. Cette disposition, constituant un obstacle à la sortie des urines, il en résulte, à la longue, une inflammation du réservoir urinaire. Mais ici la vessie se vide complètement.

« S'agirait-il donc par hasard d'une contraction spasmodique du col ? C'est quelque chose de bien obscur que cet état qui a été décrit par Civiale sous le nom de névralgie du col et qui a été désigné par Philips sous la dénomination de contracture spasmodique du col, pour expliquer cet état anatomique mal défini, en vertu duquel la vessie se vide incomplètement, devient douloureuse et s'enflamme. Peut-être avons-nous affaire à une cystite idiopathique ; c'est une affection tellement rare, que je ne crois pas devoir m'y arrêter ici. »

Cette discussion n'affirme pas, bien au contraire, l'exis-

tence de la cystalgie idiopathique. Et nous ne saurions, quant à nous, avancer une opinion à cet égard.

Peut-être trouvera-t-on dans l'étude plus complète des altérations du système nerveux central le siège de ces manifestations éloignées, alors qu'aucune lésion locale ne peut justifier la présence de ces troubles de la périphérie.

Matthews Duncan lui-même avait longuement discuté « l'irritable bladder » des Anglais, qu'il considérait comme un symptôme et non comme l'essence même de la maladie.

« Irritable bladder », dit-il, est une dénomination mauvaise, car chaque vessie est irritable ; chaque vessie a la faculté particulière d'être impressionnée par les maladies des organes voisins, et même de quelques organes éloignés. L'influence sympathique est observée même dans le cas d'émotions. Mais chaque vessie n'est pas dans l'état de maladie appelée « irritable bladder » ; un état dans lequel la vessie n'est pas irritable, mais irritée, et cela généralement par une maladie qui ne lui est pas imputable. Une vessie irritable peut l'être simplement par sympathie ou influence réflexe, et je vous fournirai des faits où il n'y avait pas d'autre explication possible de l'irritation de la vessie que ceux trouvés dans l'influence sympathique ou réflexe.

« Quelques vessies irritables fournissent un certain degré de catarrhe qui est de l'inflammation superficielle, et de fait, ce catarrhe peut être appelé une maladie secondaire et non une maladie primitive de la vessie. Vous voyez donc bien que l'inflammation peut être excitée par sympathie.

Ces appréciations des auteurs anglais ne viennent en

aucune façon confirmer l'existence de la cystalgie idiopathique.

L'hystérie, avec ses manifestations bizarres, souvent douloureuses, serait une des rares maladies dans lesquelles on pourrait observer cette affection, et encore, avec quelle rareté !

M. le professeur Guyon, d'ailleurs, ne manque pas de signaler l'importance qu'il faut attacher aux troubles véritablement pathologiques de la miction qui surviennent, s'établissent, et durent sans cause appréciable. « Le pronostic, dit-il, doit être dans ces cas, des plus réservés, et cette réserve dure jusqu'au moment où vous pouvez définir la lésion qui entretient et perpétue le trouble fonctionnel. » Il en donne comme preuve les contractions douloureuses observées quelquefois dès les premières phases des lésions médullaires dans l'ataxie.

Quoiqu'il en soit, que la cystalgie soit idiopathique ou non, ses manifestations (douleurs et fréquence des mictions) sont trop voisines de celles de la cystite, pour qu'il ne nous ait pas semblé utile de les rapprocher dans cette étude.

Que le troisième symptôme (trouble ou purulence de l'urine) vienne se greffer sur les deux premiers par suite d'une affection quelconque des annexes urinaires, et la cystite se présentera à nous dans tous ses caractères, sans que nous puissions agir efficacement sur elle. Une action thérapeutique directe sur la muqueuse vésicale aura alors pour effet d'irriter, suivant les termes de Duncan, la vessie déjà irritable, et le remède deviendra dès lors la cause efficiente du mal.

§ 2. Affections générales.

Nous passerons rapidement en revue les affections générales au cours desquelles un malade peut présenter des symptômes de cystite ; et sous ce titre d'affections générales nous comprendrons toutes les affections qui réagissent sur la vessie, qu'elles découlent d'une maladie infectieuse, organique, d'une intoxication, etc.

Une de celles où la cystite vraie est le plus mise en doute est la glycosurie ; c'est par elle que nous commencerons cette courte nomenclature.

Glycosurie. — A côté des troubles urinaires de cause nerveuse, et de la catégorie spéciale de malades auxquels M. Guyon a donné le nom de « faux urinaires » se placent les « faux urinaires glycosuriques. » C'est du moins le nom que leur a donné M. Bazy dans son étude, communiquée au Congrès de chirurgie de 1890, et à laquelle nous empruntons cette discussion.

Il ne faut pas imputer à la glycosurie, par suite de cette appellation, les phénomènes urinaires qui y sont associés, pas plus d'ailleurs que ces phénomènes urinaires ne sont la cause de la glycosurie ; c'est là une association tout simplement, qui a été observée sans qu'on puisse découvrir plus haut la cause de ces désordres.

Voici en quoi consistent d'une façon vague, car ils sont très variables, les accidents offerts par ces malades : Tantôt ils consistent en envies fréquentes d'uriner, en légères cuissons le long du canal, plus marquées quelquefois la nuit ; tantôt ce sont des sensations de brûlure, des douleurs à la fin de la miction, ou un poids au péri-

née, ou une pesanteur à l'anūs ; d'autres fois ce sont des retards dans la miction, de la lenteur dans l'émission de l'urine, de l'affaiblissement dans la force et le volume du jet.

Quelques-uns se plaignent de sensation de tension dans le bas-ventre, augmentant dans la station verticale, diminuant par la marche et l'exercice.

En somme, rien de précis dans tous ces symptômes qui peuvent se rapporter à n'importe quelle affection des voies urinaires.

Ce qui rapproche les faux urinaires glycosuriques des autres faux urinaires, c'est la coïncidence de ces troubles avec d'autres manifestations du côté du système nerveux. Un seul symptôme cependant est à peu près constant : c'est la diminution ou la perte des réflexes rotuliens. Parmi ces malades, les uns se portent bien et n'ont aucune prédisposition au diabète ; les autres associent à leurs troubles vésicaux des lésions nerveuses accentuées.

On comprendra combien chez ces malades, il est facile de faire une erreur de diagnostic. M. le docteur Bazy en rapporte de nombreux exemples : « Je vois, dit-il, dans mes cas un malade soigné pour une cystite par des injections d'acide borique, sans résultat aucun ; un autre, celui-ci est un confrère, âgé de 39 ans, considéré comme un prostatique par un de nos collègues des hôpitaux ; un troisième considéré tantôt comme calculeux et sondé à plusieurs reprises, tantôt comme prostatique, tantôt comme cystitique : la diversité de ces diagnostics fournit en quelque sorte la preuve de l'erreur ; un quatrième était soi-disant atteint de cystite aiguë du col, et ses urines étaient d'une limpidité parfaite, etc. Je passe sous silence

les souffrances qu'ont quelquefois endurées ces malades soumis à des cathétérismes intempestifs. »

Voici d'ailleurs une observation résumée de M. le docteur Bazzy :

OBSERVATION DE M. BAZY.

M. D..., âgé de 52 ans, m'est envoyé le 5 novembre dernier par le professeur Gavarret qu'il connaît et auquel il se plaint de troubles urinaires.

Avant de me l'envoyer, le professeur Gavarret lui conseille de faire examiner ses urines. Cet examen fait par M. P. Vigier (il a donc été bien fait) qui signale des traces de glucose et un léger excès d'acide urique, cet examen porte sur les urines de vingt-quatre heures.

Malgré ce diagnostic chimique, j'examine et j'interroge longuement le malade. Il me raconte qu'il a des envies fréquentes d'uriner, surtout la nuit, ressemblant en cela à un prostatique, il a une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, il éprouve en outre une sensation de trépidation et de serrement dans la vessie. Ces sensations se produisent principalement quand il va en voiture et tous ces troubles datent de six mois environ.

Il me décrit longuement tous ces symptômes : il insiste sur son état général, sur ses antécédents, il croit devoir me rappeler que sa première femme est morte d'une hépatite, et qu'elle souffrait du foie quand elle allait en voiture, que lui aussi souffrant en voiture il croyait avoir une cystite, une inflammation de la vessie, etc.

Le canal est libre, la prostate normale, la vessie se vide et ne contient pas de calcul ; les artères sont saines : elles ne sont pas trop flexueuses.

Les réflexes patellaires sont diminuées.

On nous objectera que la glycosurie, n'étant qu'un symptôme du diabète par exemple ou qu'un phénomène

passager dans la névropathie, on ne peut l'envisager comme une cause de troubles urinaires sans lésions des organes. Sans doute, mais si négligeable et si transitoire qu'elle soit, il n'est pas indifférent d'en dévoiler l'existence, si elle doit nous mener sur la voie du diagnostic, si elle peut nous permettre d'arrêter à temps un dénouement préjudiciable aux malades.

C'est là ce qu'il importe de constater sans vouloir expliquer un ensemble de faits de cause aussi obscure ; et là encore en guérissant les troubles nutritifs, qui au début n'ont aucune gravité, on améliorera l'état local en même temps que la santé générale.

Le régime sera donc la base du traitement. Par l'association d'une alimentation bien réglée, de l'antipyrine, des eaux minérales, on obtiendra des modifications cent fois plus efficaces que tous les traitements locaux qui resteront sans effet.

Rhumatisme, goutte. — Beaucoup de cystites, quand on ne sait où et à quoi en déterminer la cause sont attribuées au froid. C'est une question encore bien nuageuse, mais leur cadre se restreint de plus en plus, et beaucoup de ces cystites *a frigore* sont d'origine rhumatismale ou gouteuse. En effet, un grand nombre de gouteux, de rhumatisants, d'arthritiques sont exposés à des troubles urinaires, mais ces troubles ne se rattachent pas aussi souvent qu'on veut bien le dire à la cystite.

Ces différentes diathèses peuvent bien à la rigueur réveiller une cystite mal éteinte, mais quant à la créer de toutes pièces cela est douteux. Telle est du moins l'opinion de M. Bazy à qui nous empruntons cette théorie, qu'il a émise dans son mémoire sur « l'origine infectieuse de

certaines cystites dites ou *a frigore* ou rhumatismales ou goutteuses ».

Il ne suffit pas pour affirmer une cystite de constater de la douleur et de la fréquence des mictions, il ne suffit pas non plus que les urines soient troubles, il faut aussi y trouver des globules de pus caractéristiques. A tout instant on trouve des urines nébuleuses ou troubles chez des malades qui n'ont aucune lésion vésicale ; car on sait que certains individus soumis ou non au traitement alcalin, rendent, surtout après le repas, mais quelquefois aussi toute la journée, des urines jumenteuses : ce ne sont alors que des sels de chaux ou des urates qui déterminent ce trouble.

Il faut encore bien chercher dans les antécédents, dans l'état des organes urinaires et génitaux, dans l'état général du sujet ; si les investigations sont négatives, on sera autorisé à rapporter à d'autres causes que la tuberculose ou la blennorrhagie les symptômes de cystite qu'on est appelé à traiter ; au lieu de se presser à mettre sur le compte du froid des cystites ou plutôt des symptômes de cystite qui ne sont que des troubles passagers d'une diathèse déjà établie.

Nous n'avons malheureusement aucune observation sur ce sujet encore mal élucidé. Mais il ne nous semble pas inutile de faire ces remarques quand il s'agit d'établir un diagnostic, partant un traitement à ce genre d'affections.

Grippe. — L'épidémie de grippe de 1889-1890 a mis en lumière les désordres que cette affection apporte dans les fonctions urinaires. M. H. Lamarque de Bordeaux a fait dernièrement à ce sujet une intéressante étude. M. Fies-

singer avait dès 1889 signalé dans son mémoire sur la grippe infectieuse à Oyonnax, les manifestations vésicales de la grippe. Il a publié à ce sujet l'observation suivante :

« Un homme de 28 ans est pris le surlendemain d'une atteinte caractérisée d'influenza, de douleurs vives avant et après la miction ; les envies d'uriner deviennent très fréquentes et bientôt les urines contiennent du sang. Pendant les deux jours suivants, le ténesme vésical persiste et les urines restent sanguinolentes ; on administre des lavements laudanisés, de la tisane de stigmates, de maïs et de l'antipyrine. Les urines cessent de contenir du sang le troisième jour, et le quatrième les douleurs disparaissent à leur tour. La guérison est complète. »

Plusieurs autres observations ont été signalées, mais chez toutes, les symptômes, bien que très vifs, disparaissent en quelques heures.

Ce ne sont là, comme on le voit, que des manifestations assez banales de cystites non avérées. Ce n'est pas à dire que des inflammations déjà existantes de la vessie ne peuvent pas subir une exacerbation, si la grippe fait son apparition. Le fait est absolument constaté, le catarrhe chronique de la vessie prend même dans ce cas une forme aiguë en rapport avec la brusquerie et l'intensité de la grippe. Mais en général la cystite est simulée ; elle n'existe pas. Et un traitement antiphlogistique approprié suffit pour faire disparaître les accidents.

Fièvre typhoïde. — Intoxications, etc. La fièvre typhoïde comme un certain nombre de maladies infectieuses (scarlatine, rougeole) peuvent donner lieu à des troubles urinaires rappelant la cystite. Mais l'évolution de ces symp-

tômes vésicaux rappellent trop ceux de la grippe pour que nous ayons à revenir sur leur description.

Les intoxications peuvent donner lieu aussi à des phénomènes de ce genre ; mais ici aussi, en général, on est assez éclairé sur leur origine pour songer à traiter directement les troubles vésicaux comme une affection indépendante.

Une seule affection médicamenteuse nous arrêtera un instant quoique il nous paraisse difficile d'en nier l'existence : la cystite cantharidienne ou pseudo-membraneuse. Nous ne croyons pas devoir la passer sous silence.

Cystite cantharidienne. Si nous comprenons dans notre étude ce genre de cystite, ça n'est pas tant pour en mettre l'existence en doute, que pour en discuter la nature spéciale au point de vue du traitement.

La cystite, en effet, n'apparaît pas d'emblée dans le cantharidisme ; elle est consécutive à la lésion rénale. Et Bouillaud a dès longtemps assigné aux symptômes de cantharidisme leur véritable pathogénie. Pour lui, l'action topique de la cantharidine a lieu sur les reins, dont la membrane interne subit son action vésicante ; et par suite de cette irritation sécrétoire, l'urine se charge d'albumine. C'est une endonéphrite, et nullement une cystite, qui est le point de départ de l'albuminurie cantharidienne.

Il ne faut donc pas se presser de conclure à une cystite dès qu'on voit, dans un cas d'intoxication cantharidienne apparaître de l'albumine dans les urines. Il importe seulement de la prévenir.

Car la cantharidine comme certains autres médicaments tels que la sulfate de quinine, l'iodure de potassium, la morphine, etc., peuvent produire sur la vessie une inflam-

mation en rapport avec la susceptibilité des sujets. L'intensité des accidents est très variable, depuis la plus légère chaleur lors de l'émission des dernières gouttes d'urine, jusqu'aux cuissos les plus violentes. Il est évident que quelle que soit l'intensité de ces accidents, il importe d'enrayer l'intoxication qui en est la source, et se garder d'agir directement sur la vessie si les symptômes de cystite n'ont pas acquis par les lésions qu'ils déterminent un caractère d'acuité ou de chronicité suffisantes.

Médication alcaline. — Une autre source d'altérations vésicales a été discutée tout récemment au sujet de la médication alcaline. L'administration du bicarbonate de soude à haute dose paraît exposer les sujets à des troubles urinaires assez sérieux. Monsieur A. Mathieu a observé des phénomènes de cystite uniquement dûs au traitement alcalin. Un des malades qu'il a présentés à la *Société Médicale des Hôpitaux* de Paris avait eu des mictions fréquentes et douloureuses en même temps que de l'hématurie. Huit jours après, ce même malade eu une seconde poussée d'hématurie vésicale sous l'influence de quatre grammes de magnésie et de six grammes de craie préparée. N'importe quelle substance alcaline peut exposer les malades aux mêmes inconvénients.

Ce n'est pas exclusivement, d'après lui, à l'emploi du bicarbonate de soude, mais à l'alcalinisation des milieux organiques et secondairement de l'urine, que les symptômes de cystite doivent être attribués. Pour les éviter, il faudrait se contenter de neutraliser exactement le suc gastrique, sans aller plus loin, ce qui est bien difficile, puisqu'on ne sait pas dans quelle quantité il est produit. On pourrait, il est vrai, prendre la douleur chez les hyper-

chlorhydriques comme point de repère, ou même se baser sur l'acidité de l'urine, mais on n'a là qu'une approximation bien lointaine qui donnerait un résultat incertain.

Ces désordres de la vessie disparaissent d'ailleurs avec la cessation du régime alcalin et n'ont en général qu'une tenacité peu rebelle.

Grossesse et accouchement. — Il nous reste maintenant à examiner les troubles vésicaux chez la femme en les considérant spécialement dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement.

Toutes les accouchées présentent un de ces troubles, et il n'est pas d'observation où l'on ne trouve signalé avant, après ou pendant l'accouchement, de la rétention d'urine, de la cystalgie, de l'irritabilité vésicale, du spasme du col de la vessie. Il y a des cas où ces affections se présentent associées de telle sorte, qu'ils constituent les caractères propres de la cystite.

Nous n'avons pas à envisager ici par quelles causes d'ordre mécanique l'utérus gravide peut influencer sur le fonctionnement normal de la vessie. La tête fœtale dans une cause de dystocie comme le rétrécissement du bassin, les manœuvres obstétricales comme l'application du forceps, une position vicieuse du fœtus dans l'utérus, etc., peuvent entraîner à leur suite des lésions inflammatoires du côté du réservoir urinaire.

La cystite vraie peut se déclarer pendant la grossesse sans autre cause efficiente. M. Monod en rapporte des observations bien précises; rien d'étonnant donc à ce que chez une femme qui a eu des antécédents vésicaux, l'ancienne affection se réveille quand elle devient enceinte.

Mais il ne faut pas généraliser et le trio symptomatique de la cystite se présente rarement. La plupart du temps les envies fréquentes d'uriner et la douleur des mictions sont seulement signalées, encore ne sont-elles pas toujours associées. Monsieur W. Playfair, dans son travail sur l'irritabilité de la vessie dans les derniers mois de la grossesse (*Trans. of the obst. soc. of London*, t. XIII, 1871), a observé que la dysurie reconnaissait la plupart du temps pour origine une position vicieuse du fœtus dans l'utérus.

« Dans les derniers mois de la grossesse, dit cet auteur, on peut observer une irritabilité excessive de la vessie occasionnant une très grande fréquence des besoins d'uriner et des souffrances atroces ». Dans certains cas, l'appareil symptomatique peut être vraiment inquiétant. M. Playfair, ayant observé plusieurs fois que la dysurie survenait chez ses malades quand le fœtus prenait une position oblique dans l'utérus, et cessait au contraire quand il avait son grand axe parallèle à celui de la matrice, on en conclut que la cause des troubles de la miction tient à une position momentanément vicieuse du fœtus. Le traitement consiste tout naturellement dans ces cas à modifier cette position au moyen de manœuvres externes convenablement appliquées.

Mais cette cystite de la grossesse et de l'accouchement n'est bien souvent qu'une fausse cystite et il faut rechercher dans les autres organes l'explication des phénomènes.

M. Bonneau, (*De la compression des uretères dans l'utérus gravide*, Thèse de Paris, 1893), attribue quelques-unes de ces fausses cystites à la compression exercée sur les uretères par l'utérus pendant la grossesse ; et il en cite

des observations que allons reproduire. Il insiste sur les phénomènes qui rappellent la cystite au grand complet (fréquences des mictions, douleurs, pyurie) et sur l'inutilité du traitement dirigé contre une cystite présumée.

« La vessie dans ces fausses cystites, dit-il, est insensible à la distension (ce qui est contraire à l'idée de cystite) ; le cathétérisme est indolent, et on peut, avec la sonde, toucher les parois vésicales sans provoquer de réaction. Une pression au-dessus du pubis ne révèle aucune sensibilité. L'erreur est donc facile à éviter. »

Nous ne partageons pas, quant à nous ces conclusions sur l'absence de réaction vésicale sous l'influence du contact ou de la distension. Nous nous expliquons ailleurs sur ce point, mais tout en contestant ces moyens faciles de diagnostic, nous nous attachons ici à démontrer qu'il y a fausse cystite, et c'est dans ce but que nous reproduisons ces très intéressantes observations de M. Bonneau.

OBSERVATION DE M. BONNEAU.

Femme de 30 ans. Primipare. Enceinte de 6 mois,

Se présente à la consultation externe de l'hôpital Necker, disant qu'elle était atteinte de cystite. Elle souffrait depuis un mois environ, c'est-à-dire depuis le 5^e mois de sa grossesse d'envies fréquentes d'uriner. Depuis la même époque, ses urines étaient devenues troubles. Ces symptômes avaient fait porter au médecin de la malade, le diagnostic de cystite gravidique, et il l'envoya à l'hôpital Necker pour qu'elle s'y fit traiter. A l'examen, nous trouvâmes les urines très troubles et chargées manifestement de pus, mais nous fûmes étonnés de ne trouver la vessie douloureuse, ni à la pression, ni au contact, ni à la distension. La capacité vésicale était considérable, et d'ailleurs les mictions, quoique fréquentes, n'étaient pas douloureuses. La vessie n'était donc manifestement pas en jeu. Nous cherchâ-

mes alors du côté des reins l'explication des phénomènes morbides.

La région rénale gauche était parfaitement indolore à la pression, et quand, par le ballottement rénal, on cherchait à déterminer le volume du rein gauche, on n'arrivait pas à sentir ce dernier. Au contraire, la pression profonde dans la région lombaire droite éveillait de la douleur, et, en cherchant le ballottement rénal, on constatait que le rein droit était manifestement augmenté de volume. Nous conseillâmes à la malade d'entrer à l'hôpital, mais elle ne revint pas.

Nous avons examiné histologiquement et bactériologiquement les urines de cette malade, recueillies aseptiquement au moment de l'examen. Nous avons constaté que le dépôt était constitué surtout par du pus, et par un grand nombre de bâtonnets que les essais de culture nous ont montré être du colibacille à l'état de pureté.

Voici une seconde observation empruntée au même auteur où la fausse cystite a encore été parfaitement reconnue.

Dans presque toutes les observations que nous signalons, les symptômes de cystite étaient si apparents que celle-ci était presque toujours diagnostiquée.

OBSERVATION DE M. BONNEAU.

Jeune femme de 21 ans. Domestique. Secondipare. Enceinte de 5 mois.

Elle avait toujours été bien portante et sa grossesse évoluait normalement, quand, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, elle fut prise de légères douleurs en urinant, surtout à la fin de la miction. Elle n'y prêta d'abord aucune attention ; mais il y a quelques jours, elle constata que ses urines étaient devenues troubles.

Ceci l'inquiéta : le médecin qu'elle consulta lui dit qu'elle avait une cystite et l'envoya à Necker.

Là, on put constater encore qu'il n'y avait pas trace de cystite, mais que le rein droit était douloureux à la pression et légèrement augmenté de volume. Les urines étaient et restaient troubles après le repos, sans donner de dépôt bien appréciable. L'examen histo-bactériologique nous permit de constater que ces urines ne contenaient que peu de globules blancs et que le trouble était constitué presque exclusivement par des cristaux de sels, et surtout un très grand nombre de bâtonnets qui n'étaient autres que du coli-bacille à l'état de pureté. Il s'agissait d'une véritable bactériurie. Cette malade entra à l'hôpital; son état s'améliora rapidement par le repos : rapidement son urine redevint claire, le volume du rein droit diminua et quand la malade quitta le service, on ne le sentait plus par ballonnement.

Voici enfin une dernière observation encore empruntée à la thèse de M. Bonneau.

Mais ici il ne s'agit plus d'une affection dans le cours de la grossesse, mais d'une fausse cystite concusétive à l'accouchement. L'intégrité de la vessie a été constatée à l'autopsie.

OBSERVATION DE M. BONNEAU.

Femme de 38 ans. Sans antécédents, de bonne santé habituelle. Accouchée pour la quatrième fois le 10 novembre 1890.

A cette époque, on aurait constaté à la Maternité l'existence d'une cystite dont la malade fait remonter le début vers le milieu de la grossesse. Mais elle ajoute que déjà, lors de son accouchement, et pendant les derniers mois de sa grossesse, elle souffrait de la région lombaire droite.

Elle sort de la Maternité le 21 novembre, continue à garder le lit chez elle, mais est obligée de revenir à l'hôpital parce qu'elle a de la fièvre, des douleurs vives dans le rein droit et

des urines extrêmement purulentes. Elle entre dans le service de la clinique des voies urinaires le 3 décembre 1890. On constate que les mictions sont fréquentes, mais non douloureuses, que la vessie n'est sensible ni au contact, ni à la pression, ni à la distension, et qu'elle peut contenir 300 grammes de liquide sans éveiller la sensation du besoin d'uriner.

Les urines sont troubles et contiennent un dépôt abondant de pus. A l'examen du rein droit on trouve que cette exploration est très douloureuse. Le rein est très augmenté de volume, il descend jusqu'à trois travers de doigt de la crête iliaque et donne une sensation de tension et de résistance. L'exploration du rein gauche ne fournit rien d'anormal.

L'état général de la malade est médiocre, elle a de la fièvre le soir, est très amaigrie : inappétence complète. M. Guyon pratique la néphrotomie du rein droit le 25 décembre 1890. La malade mourut le quatrième jour qui suivit l'opération,

L'autopsie montra l'intégrité absolue de la vessie. Mais les deux uretères et les bassinets présentaient une dilatation considérable, septique à droite, complètement aseptique à gauche. Il y avait une pyonéphrose droite et une hydronéphrose gauche ; cette dernière avait échappé aux investigations pendant la vie.

De ces faits il résulte très nettement que la compression de l'uretère gravide met le rein et les voies urinaires supérieures en imminence d'infection, crée en ce point un « locus minoris resistentiæ ». Les choses étant en cet état, qu'il survienne une infection sanguine quelconque, les microbes chariés par le sang arrivant au niveau du rein détermineront une néphrite descendante, envahiront le bassinet et produiront la suppuration de l'hydronéphrose préexistante.

Et il est incontestable que, lorsque ces pyélites consécutives à la grossesse se traduisent par un ensemble de symptômes aussi voisins de la cystite vraie, il soit très facile et très excusable de les confondre avec cette affection.

Menstrues. — Barnes, dont on connaît les remarquables études sur les troubles vésicaux de la femme, a observé que dans le cas de tumeurs des organes voisins de la vessie, les phénomènes de compression semblaient s'accroître au moment des époques menstruelles. Il ajoute que ce phénomène n'est pas dû nécessairement à un accroissement de volume de la tumeur elle-même pendant cette période, mais qu'il paraît plutôt dépendre de l'augmentation générale de turgidité qu'on observe dans tout le système circulatoire du petit bassin.

Laugier d'autre part, insiste beaucoup sur l'influence exercée par la menstruation sur la marche des inflammations de la vessie. Pour lui elles emprunteraient un caractère de gravité spéciale chez la femme à la poussée aiguë qu'imprime à tous les symptômes le retour périodique des règles.

C'est en effet un fait souvent constaté, dont il ne faut pas oublier l'influence, à toutes les fois que les règles se présentent dans le cours d'une affection vésicale.

Ménopause. — Un fait clinique beaucoup moins connu, est le retentissement sur la vessie des troubles circulatoires qui s'observent dans tout l'organisme, mais principalement dans les organes du petit bassin, à l'époque de la ménopause.

Il a été signalé par M. Barié (Etude sur la ménopause. Thèse de Paris 1877) qui dit qu'« il est très fréquent d'observer des signes manifestes de congestion des organes du petit bassin : pesanteur au périnée, sensation de chaleur, de cuisson à l'anus, à la vulve. »

Civiale de son côté s'exprimait ainsi : « A l'époque de

la ménopause, les catarrhes de la vessie sont fréquents, graves et communément opiniâtres. »

M. Monod dit d'après ses observations personnelles qu'on pourrait ajouter à ces symptômes la fréquence des mictions, parfois même la dysurie.

En un mot la vessie, participant à la congestion générale du petit bassin, se trouve dans cet état d'imminence morbide dont nous parlions plus haut, état qui la rend propre à s'enflammer sous l'influence de causes même légères, celles-ci d'ailleurs passant le plus souvent inaperçues.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Le diagnostic des fausses cystites a été traité séparément sans tout le cours de cette étude, en même temps que nous avons considéré isolément les affections qui en étaient la cause. Nous n'y reviendrons pas, nous réservant maintenant de faire des remarques générales sur l'ensemble de ces causes.

Un malade, en effet, qui a des raisons pour avoir une fausse cystite, peut aussi en avoir une vraie.

Comment le savoir ?

On a prétendu que dans les fausses cystites, la vessie *n'était pas sensible à la distension*. Et en effet, quand elle n'est atteinte d'aucune altération inflammatoire ou néoplasique, la vessie offre une grande tolérance à la distension. La preuve en est qu'on peut à chaque instant retenir une grande quantité d'urine sans même en avoir conscience, car le besoin d'uriner ne se fait guère sentir que lorsque la quantité de liquide s'élève à plusieurs centaines de grammes.

D'autre part on trouve une tolérance analogue pour le contact des corps étrangers tels que les instruments avec lesquels on pratique le cathétérisme ou les calculs vésicaux eux-mêmes. Combien de gens par exemple, qui, en

l'absence de cystite supportent sans la moindre souffrance des calculs de plusieurs centimètres de diamètre. Est-il besoin de rappeler la douleur atroce que cause la rétention d'urine ?

Cette opinion est d'autant plus vraisemblable de prime abord, que dans la cystite, la vessie ne tolère pas la moindre distension. On sait alors quelle douleur cuisante occasionne la moindre accumulation d'urine. C'est là d'ailleurs ce qui provoque cette envie fréquente d'uriner chez un malade atteint de cystite.

Est-ce donc à dire qu'à toutes les fois qu'il y aura distension douloureuse de la vessie il y a cystite ?

Telle n'est pas notre opinion.

Car ce signe est loin d'être constant. Et l'on ne saurait en tirer une réelle valeur quant au diagnostic.

Qui n'a pas ressenti plusieurs fois dans sa vie l'angoisse rapide que cause une envie d'uriner longtemps combattue ? Cette douleur qui s'exaspère encore si l'on est obligé de marcher ou de supporter les secousses d'un véhicule, est même parfois tellement vive au repos, qu'elle interrompt le sommeil des personnes les plus profondément endormies.

Ainsi donc en dehors de toute altération des parois vésicales, il est aisé de se convaincre des différences très notables de la sensibilité dans l'extension de la vessie.

Mais là ne s'arrêtent pas les conséquences de la distension. Elle peut aussi déterminer de la congestion.

La gêne circulatoire, qu'apporte la distension exagérée de la vessie, et qui se manifeste par des érections nocturnes en est un premier exemple. Plus directement, la turgescence énorme des vaisseaux pendant la taille hypogastrique, les hématuries consécutives aux rétentions d'u-

rine, etc., congestion qui est de règle, d'ailleurs dans tous nos organes, toutes les fois qu'il y a suractivité fonctionnelle de ces organes.

L'examen microscopique des urines aidera puissamment à édifier le clinicien quand il sera embarrassé sur le siège et la nature de l'affection.

Nous avons vu en traitant l'anatomie pathologique des cystites, quelle part revenait à la bactériologie. Elle est malheureusement loin de donner des résultats immuables. Nous savons que l'urine contient normalement des microbes. Nous savons d'autre part que dans des affections nettement caractérisées, la tuberculose par exemple, les recherches bactériologiques restent négatives. (40 à 50 fois sur 100), dans presque la moitié des cas.

L'inoculation expérimentale n'est guère plus probante. Mais cependant elle ne doit pas être négligée dans les cas douteux. Elle est souvent venue au secours de la bactériologie en donnant des résultats précis quand celle-ci préalablement mise en œuvre était restée infructueuse. Quelle qu'en soit d'ailleurs l'efficacité, l'inoculation sur les animaux tiendra toujours un rang prépondérant dans les méthodes de recherches, quand bien même elle ne serait qu'un instrument de contrôle à la suite d'un examen bactériologique.

Puisqu'ici toutes les affections, en dehors de leurs caractères particuliers, ont des symptômes communs qui sont ceux de la cystite, il serait puérile de dire qu'on devra, pour faire un diagnostic, associer et comparer ces caractères particuliers, qui sont seuls capables de trahir la source de l'affection.

C'est pourquoi dans ce chapitre c'est à ces symptômes d'ensemble que nous confinerons nos remarques.

Comment par exemple pouvoir distinguer une hémorrhagie de l'urèthre d'une hémorrhagie vésicale?

Dans tous les cas où, dans les inflammations de l'urèthre, l'hémorrhagie vient compléter l'hésitation du diagnostic entre une affection de l'urèthre ou une affection de la vessie, il est de toute importance de localiser la source de l'hémorrhagie, car de là dépendra le diagnostic et par conséquent le traitement.

Voici comment on pourra faire la distinction.

On fait uriner le malade en plusieurs fois. Dans le cas d'hémorrhagie uréthrale, le premier jet d'urine est absolument clair; mais aussitôt que le patient suspend volontairement la miction, une goutte de sang apparaît au méat; s'il recommence à pisser, l'urine reprend sa limpidité; s'il s'arrête encore, le sang reparait et ainsi de suite. L'hémorrhagie a donc lieu à chaque arrêt de la miction, tandis que dans l'hémorrhagie vésicale elle ne se produit que lorsque la vessie est complètement vide ou presque vide, et par conséquent à la fin de la miction, quels que soient les arrêts que l'on y ait apportés.

De plus, la forme de l'hémorrhagie n'est pas la même dans ces deux affections: dans l'hémorrhagie vésicale le sang est lancé par un véritable phénomène d'expulsion vésicale à la fin de la miction sous forme de petits jets. Au contraire, dans l'hémorrhagie uréthrale post-mictionnelle, il sort en bavant après la cessation complète de la miction.

Néanmoins quand le coup de piston ne se produit pas et que la fin de la miction n'est pas franche, le sang teinte les dernières gouttes de l'urine; la ressemblance entre ces deux variétés d'hémorrhagies est alors plus grande; mais, grâce au symptôme que nous venons de décrire,

toute erreur devient impossible. Ce symptôme joint à l'absence de tout autre phénomène de cystite, permet donc de faire aisément le diagnostic des hémorrhagies post-mictionnelles de l'urèthre antérieur. (Janet).

C'est par un mécanisme analogue qu'on pourra décèler la source d'écoulement du pus, quand on constate sa présence dans l'urine. Nous avons rapporté plus haut l'expérience des trois verres par laquelle on peut savoir, par la différence de quantité du pus dans les divers stades de la miction, à quelle organe et même à quelle partie de la vessie le pus a son point d'origine. Nous savons aussi qu'une grande quantité de pus ne peut pas être imputée à la paroi vésicale, qui sécrète lentement et qui par son inextensibilité inflammatoire est obligée d'expulser fréquemment son contenu. C'est ce qui explique pourquoi les flots de pus ne sont imputables qu'à une inflammation purulente du rein ou des organes de voisinage, qui se déversent dans les voies urinaires par la création d'une fistule et sont entraînés dans le torrent urinaire.

Les différentes variétés de douleurs de la miction ont été étudiées en leurs lieux et places quand nous avons parlé des affections de l'urèthre et de la vessie. Le ténesme vésical ne peut pas en effet se comparer à la cuisante brûlure que cause le passage de l'urine dans un urèthre enflammé. Quoique bien souvent la douleur soit la même qu'il y ait ou non lésion inflammatoire de la vessie ; dans un cas il y a excitation directe, dans l'autre excitation réflexe à distance. Mais dans tous les cas elle réagit et elle n'a qu'une manière de manifester cette réaction.

Quant à la fréquence, elle est toujours la même, par cela même qu'elle tient toujours à la même cause : la

vessie. « On urine avec la vessie et non avec l'urèthre ». Nous éloignons bien entendu les causes qui sont amenées par les vices de conformation de l'urèthre ou celles de toutes natures qui mettent obstacle au libre cours de l'urine ; il y a alors stagnation de l'urine dans la vessie et incontinence. Ce n'est pas la même chose. Nous entendons par fréquence de la miction, et c'est celle que nous avons envisagée dans le cours de cette étude, celle qui dépend uniquement de la vessie. La vessie refuse de se dilater, sous l'accumulation de l'urine excrétée par le rein, elle chasse son contenu. De là fréquence, qui est un symptôme uniforme dans tous les genres d'affections.

Disons, en terminant, quelques mots sur un instrument dont l'emploi peut aider puissamment au diagnostic des affections vésicales : le cystoscope. Bon nombre d'observations n'ont malheureusement pas été vérifiées au cystoscope parmi celles que nous avons citées dans notre travail ; c'est un instrument relativement récent, et dont l'usage n'est pas encore très répandu. Mais il est certain qu'il remplira dans l'avenir un rôle important dans le diagnostic des affections urinaires.

Bien que certains empêchements rendent quelquefois la cystoscopie impraticable, elle doit être essayée avant toute intervention chirurgicale, dans les affections de la vessie et du rein de diagnostic difficile. C'est en effet une opération facile, mais qui ne donne des résultats précis qu'entre des mains exercées. Quand les moyens ordinaires de diagnostic ont échoué, il ne faut pas hésiter à y recourir en dernier ressort, car, convenablement pratiquée, presque toujours elle permet de reconnaître : 1° à quelle affection vésicale l'on a affaire ; 2° s'il s'agit d'une affection du rein ou de la vessie ; 3° si les deux reins fonc-

tionnent normalement ou non, ou si un seul est malade.

M. Willy Meyer dans son travail sur la cystoscopie (*New-York. med. Journ.*, Janv. et fév. 1892) en signale les avantages, au point de vue du cathétérisme des uretères. « Avec l'éclairage intra-vésical, dit-il, on peut aussi : 1° cathétériser facilement les uretères, et recueillir séparément et sans mélange de sang, l'urine de chacun d'eux ; 2° observer les caractères de leur débit d'urine, et en notant la fréquence et la durée de chaque jet urétéral, savoir si un seul rein est capable de suppléer celui qui est malade. Par conséquent, les incisions exploratrices du périnée, de l'hypogastre ou des lombes deviennent la plupart du temps inutiles. En outre, les indications et le pronostic de la néphrectomie se trouvent ainsi beaucoup plus nettement précisés ».

Mais tout en reconnaissant les services considérables que rend le cystoscope non seulement dans les cas difficiles d'affections vésicales, mais aussi dans celle des reins, il nous semble qu'il ne faut pas, comme certains, faire intervenir cet instrument dans toutes les malades des voies génito-urinaires. Le froid, le trop petit calibre de l'urèthre, la possibilité pour la vessie de contenir une quantité suffisante de liquide (200 grammes environ), la possibilité d'infection, la douleur, etc... sont autant de choses contre lesquelles l'opérateur devra se mettre en garde avant de procéder à l'examen.

Quel est l'avenir de ce procédé d'exploration ? L'expérience en décidera. En Allemagne il est déjà très répandu. En France, on restera un peu réfractaire à ce mode d'investigation des maladies des organes urinaires, jusqu'au jour où les appareils devenus plus pratiques, moins coûteux et plus maniables, rendront l'examen systoscopique plus sûr et plus efficace.

CHAPITRE VI.

Déductions cliniques

Nous ne voulons point répéter ici des réflexions que nous avons faites à chaque chapitre dans le cours de cette étude.

Le traitement des fausses cystites n'existe pas à proprement parler, puisqu'elles ne sont que l'absence d'une affection supposée. On devra donc s'attaquer à la source des troubles observés et ici la thérapeutique diffère selon que ces troubles sont imputables à telle ou telle affection.

Les observations que nous avons citées dans cette thèse nous ont montré que les fausses cystites disparaissaient avec l'ablation d'un rein dans des cas de pyonéphroses, avec l'ouverture du foyer purulent dans des cas de péri-cystite, avec la cystotomie, le débridement du méat, etc. etc, ou même simplement le déplacement de l'utérus gravidique quand celui-ci déterminait sur les fonctions urinaires des troubles par compression.

Autant de genres de fausses cystites, autant de traitements. On ne saurait donc tirer de ces faits une indication générale quelconque.

Nous avons vu aussi comment la fausse cystite avait déterminé de la part des cliniciens une intervention thérapeutique directe sur la muqueuse vésicale. Quel en

était le résultat ? Malgré son intégrité absolue, pour peu que cette muqueuse vésicale fût pour une cause ou une autre en état d'imminence inflammatoire, une irritation se déclarait aussitôt et la cystite était dès lors créée avec tout son cortège de légions symptomatiques. Nous trouvons là une indication d'extrême prudence quand il s'agit de faire un traitement local sur la vessie. Car de deux choses l'une : il sera efficace, s'il y a cystite, ou il pourra être néfaste si celle-ci n'existe pas.

Quant à dire qu'il ne faudra jamais traiter la fausse cystite autrement que dans l'affection qui en est l'origine, c'est là une exagération que nous n'admettons point. Les ataxiques incurables par exemple ne verraient jamais d'adoucissement à leurs douleurs fulgurantes. Si le traitement local est à rejeter comme nuisible, il n'en est pas de même de celui qui ne vise que la douleur, et nous sommes loin de blâmer en cas la médecine dite de symptômes. La médication analgésique aura là au contraire une puissante indication.

CONCLUSIONS

1°. — La fréquence des mictions, la douleur en urinant, la présence du pus dans l'urine, ne sont pas des signes absolument pathognomoniques de la cystite vraie.

2°. — Ces trois symptômes peuvent être associés chez un même malade en l'absence de toute altération vésicale.

3°. — Le diagnostic de cystite ne devra être porté qu'après avoir successivement éliminé toutes les causes de fausse cystite.

4°. — Le traitement des fausses cystites devra viser la cause même des troubles urinaires, en évitant tout traitement local irritant sur la vessie, qui pourrait provoquer une réaction inflammatoire, surtout si celle-ci se trouve déjà dans de mauvaises conditions trophiques.

Vu : le Doyen :

BROUARDEL.

Vu : le Président de la thèse,

A. LE DENTU.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Guyon.** — *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.*
- Terrillon.** — Mémoires originaux. *Annales des maladies des voies urinaires.* 1884. Chap. IV (5^e).
- Gergaud.** — *Des cystalgies et de leur traitement chirurgical.* Thèse de doctorat. Paris 1882.
- Geffrier.** — *Des troubles de la miction dans les maladies du système nerveux.* Thèse de doctorat. Paris 1884.
- E. Reymond.** — Des cystites consécutives à une infection de la vessie à travers les parois. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1893.
- Tuffier.** — *Traité de chirurgie.*
- J. Janet.** — *Des pollakiuries nerveuses et leur traitement par la dilatation progressive de la vessie*, 1895.
- Charcot.** — *Leçons sur les maladies nerveuses.*
- Ch. Féré.** — Des troubles urinaires dans les maladies du système nerveux, et en particulier dans l'ataxie locomotrice. (*Arch. de neurologie*, 1884).
- Bazy.** — Études sur les faux urinaires et en particulier sur les faux urinaires glycosuriques (*Archives générales de médecine*, Paris 1890).
- F. Legueu.** — Périuretélite. (*Annales des maladies des voies urinaires*, 1894).
- Mann.** — *Inflammation of the Ureters in the female.* 1894.
- Legueu.** — Des calculs du rein et de l'uretère au point de vue chirurgical; (thèse Paris, 1891).
- Bazy.** — *Origine infectueuse de certaines cystites dites « a frigore » ou rhumatismales ou gouteuses.*
- Lamarque.** — *Des complications génito-urinaires de la grippe.*
- E. Monod.** — Étude clinique de la cystite chez la femme, considérée spécialement dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. (*Ann. gynéc.* 1880).

Zuckerkindl. — *Communication au Club médical de Vienne sur l'irritabilité de la vessie chez la femme* (9 mai 1894).

Reliquet et Guépin. — *Les glandes de l'urèthre.*

— *Faux rétrécissements de l'urèthre.*

Guépin. — *De la colique spermatique.* (Thèse de doctorat de Paris, 1894).

Delefosse. — *Polypes de l'urèthre chez la femme. (Communication à la Société médicale du IX^e arrondissement de Paris, 1892).*

Goldenberg. — *Polypes de l'urèthre chez l'homme (New-York, Méd. jour. mai 1891).*

Janet. — *Hémorrhagie post-mictionnelle de l'urèthre antérieure. (Annales des maladies des vrais urinaires. 1891).*

Bonneau. — *De la compression des uretères par l'utérus gravide et des pyonéphroses consécutives.* (Thèse de Paris 1893).

Willy Meyer. — *Progrès de la cystoscopie dans ces trois dernières années. (New-York Méd. journ., janv. et fév. 1892).*

David Wallace. — *Notes sur la cystoscopie. (Edinburgh Medical journal, octobre 1891).*

Bouilly. — *Manuel de pathologie externe. (Maladies des voies urinaires.*

ETUDE ET DIAGNOSTIC DES FAUSSES CYSTITES

SOMMAIRE

CHAPITRE I^{er}. — DÉFINITION ET DÉLIMITATION DU SUJET.

Qu'entend-on par cystite ?

au point de vue anatomo-pathologique

au point de vue clinique

La présence des microbes

Le pus

Les mictions fréquentes et douloureuses

ne sont point pathognomoniques de la cystite
vraie.

La fausse cystite peut être causée :

par une affection du rein

— de l'uretère

— de la vessie

— de l'urèthre

— des organes du voisinage.

— du système nerveux

des affections générales.

CHAPITRE II. — HISTORIQUE.

CHAPITRE III. — PATHOGÉNIE.

Comment se fait-il qu'une affection éloignée
réagisse sur la vessie ?

Plusieurs théories :

théorie de l'infection propagée,

théorie de l'infection à travers les tissus,

théorie réflexe,

Discussion,

CHAPITRE IV. — DESCRIPTION.

1^o *Rein*. — Affections inflammatoires (pyélites, pyonéphroses).

Affections non inflammatoires (lithiase rénale),

Affections intermédiaires (néphrites).

2^o *Uretère*. — Affections non inflammatoires (coliques néphrétique).

Affections inflammatoires (périurétérites).

3^o *Vessie*. — Plaies, ruptures corps étrangers, calculs, affections, propres, néoplasmes.

4^o *Urèthre*.

Chez l'homme. Malformations, hypertrophie de la prostate, prostatite aiguë, prostatite chronique, glandes, polypes.

Chez la femme. Abscès du septum urétral,

5^o *Organes de voisinage*. En général (péricystites)

Chez l'homme. Vésicules séminales, hémorrhoïdes collections purulentes. polypes, malformations, contractions.

Chez la femme. Utérus et ses annexes, hystères de l'ovaire.

6^o *Affections du système nerveux*. — Maladies du système nerveux, ataxie locomotrice, neurasthénie, cystalgie.

7^o *Affections générales*. — Glycosurie, rhumatisme, goutte, grippe, fièvre typhoïde, intoxications, etc., médication alcaline, grossesse et accouchement, menstrues, ménopause.

CHAPITRE V. — DIAGNOSTIC. Sensibilité de la vessie à la distension,

Examen microscopique.

Inoculation expérimentale,

Distinction de l'hémorrhagie de l'urètre et de
de l'hémorrhagie vésicale, pûs, etc.
Différenciation des symptômes.

CHAPITRE VI. — DÉDUCTIONS CLINIQUES.
CONCLUSIONS.

